

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine
Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor, llene los formularios adjuntos y devuélvalos junto con la documentación que se indica a continuación.

Formularios que debe incluir:

Solicitud de Asistencia Financiera (adjunta)

Documentación que debe incluir:

1. Copia de las declaraciones de impuestos del año pasado. (Si está casado(a) pero presentó declaración por separado, proporcione copias de ambas declaraciones de impuestos).
2. Copia de sus últimos tres (3) talones de pago, carta del empleador o prueba de estatus de desempleado.
1. Copia de la carta de concesión de seguridad social (si procede)
2. Copia de la carta de determinación de Asistencia Médica o Seguro Social.
3. Prueba de los gastos mensuales de manutención registrados en su solicitud, como copias de facturas telefónicas, facturas de BG&E o pagos de alquiler/hipoteca.
4. Copias de gastos médicos no pagados.
5. Copia de todas las tarjetas de seguro médico.
6. Prueba de residencia, como una tarjeta de identificación, licencia de conducir, certificado de nacimiento o estado de residencia permanente legal (tarjeta verde).

POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO LA INFORMACION A:
JOHNS HOPKINS RCM
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
A la atención de: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211



Solicitud de Asistencia Financiera

Información sobre usted

Nombre: _____

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a)

Ciudadano de los EE. UU. SI NO

Residente permanente: SI NO

Domicilio: _____ Teléfono _____

Ciudad

Estado

Código Zip

País

Nombre del empleador: _____

Teléfono: _____

Dirección del trabajo

Ciudad

Estado

Código Zip

Miembros del hogar:

MI PROPIA PERSONA

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

¿Ha solicitado Asistencia Médica? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha en que la solicitó? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación?

¿Recibe algún tipo de asistencia estatal o del condado?

SI NO

I. Ingresos del hogar

Enumere el monto de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que deba presentar una prueba de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de la persona que le proporciona vivienda y alimentación.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de Jubilación/Pensiones	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Asistencia pública	_____
Beneficios	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos de propiedades en alquiler	_____
Beneficios de huelga	_____
Beneficios militares	_____
Empleo agrícola o propio	_____
Otras fuentes de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósitos o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros activos

Si usted es propietario de cualquiera de los siguientes ítems, por favor, indique su tipo y valor aproximado.

Vivienda	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otros bienes		Valor aproximado _____
		Total _____

IV. Gastos mensuales

	Monto
Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pago(s) de automóvil	_____
Tarjeta(s) de crédito	_____
Seguro de automóvil	_____
Seguro médico	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____

¿Tiene alguna otra factura médica no pagada? SI NO

¿Por qué servicio? _____

Si es así, ¿ha acordado un plan de pago? ¿Cuáles son los pagos mensuales? _____

Para la elegibilidad para Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas:

Ingresos del hogar durante doce (12) meses calendario antes de la fecha de esta solicitud: _____

Deuda médica contraída en Johns Hopkins (sin incluir coseguro, copagos o deducibles) durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de esta solicitud:

Fecha del servicio

Monto adeudado

Para la presunción de elegibilidad para asistencia financiera

1. ¿Qué edad tiene el paciente? _____
2. ¿Está embarazada la paciente? Sí o No
3. ¿Tiene el paciente niños menores de 21 años viviendo en casa? Sí o No
4. ¿El paciente es ciego o estaría potencialmente discapacitado durante 12 meses o más para poder trabajar en un puesto de trabajo remunerado? Sí o No
5. ¿El paciente está recibiendo actualmente beneficios de SSI o SSDI? Sí o No
6. ¿El paciente (y, si está casado, el cónyuge) tiene cuentas bancarias totales o activos convertibles en efectivo que no excedan los montos siguientes? Sí o No

Tamaño de la familia:

Individual: \$2,500.00

Dos personas: \$3,000.00

Por cada miembro adicional de la familia, agregue \$100.00

(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si tiene activos líquidos totales cuyo valor es inferior a \$3,200.00, usted respondería, SÍ.)

7. ¿Es el paciente residente del Estado de Maryland? Sí o No

Si no es residente de Maryland, ¿en qué estado reside el paciente? _____

8. ¿El paciente está sin hogar? Sí o No
9. ¿Participa el paciente en WIC? Sí o No
10. ¿El grupo familiar tiene niños en el programa de almuerzo gratuito o de costo reducido? Sí o No
11. ¿Participa el hogar o grupo familiar en el programa de asistencia energética para personas de bajos ingresos? Sí o No
12. ¿El paciente recibe SNAP/cupones de alimentación? Sí o No
13. ¿Está el paciente inscrito en Healthy Howard, Chase Brexton? Sí o No
14. ¿El paciente fue remitido a SH por Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access o Proyecto Salud? Sí o No
15. ¿El paciente tiene actualmente...?: Farmacia de Asistencia Médica solamente QMB/SMLB Sí o No
16. ¿Está empleado el paciente? Sí o No
Si no, fecha en que quedó desempleado.
¿Es elegible para la cobertura de seguro médico COBRA? Sí o No

Toda la documentación presentada pasa a formar parte de esta solicitud.

Si solicita que le sea concedida asistencia financiera adicional, JHM puede solicitar información adicional para emitir una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información suministrada es verdadera y acepta notificar a JHM sobre cualquier cambio en la información proporcionada en el lapso de los diez días posteriores al cambio. Toda la información presentada en la solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante

Fecha

Relación con el Paciente