

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Información sobre usted

Nombre _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Número de seguro social - ____ - ____ - _____ Estado civil: Solo Casado Separado
Ciudadano de los Estados Unidos: Sí No Residente permanente: Sí No

Dirección Particular _____ Teléfono _____

_____ _____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal País

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Dirección laboral _____

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal

Miembros de la Vivienda:

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____

Solicitó asistencia médica Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha que solicitó? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación? _____

¿Recibe algún tipo de asistencia de condado o estado? Sí No

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

I. Ingreso Familiar

Indique el importe de su ingreso mensual de todas las fuentes. Se le puede requerir que suministre prueba de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo de la persona que proporciona alojamiento y comidas.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de pensión/retiro	_____
Beneficios de seguro social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios de Discapacidad	_____
Beneficios de Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensión Alimentaria	_____
Ingreso de la Propiedad	_____
Beneficios de huelga	_____
Beneficios Militares	_____
Granja o autoempleo	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta Corriente	_____
Caja de Ahorros	_____
Acciones, bonos, CD o mercado de dinero	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros Activos

Si posee algunos de los siguientes elementos, indique el tipo y el valor aproximado.

Casa	Saldo Préstamo _____	Valor Aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otra propiedad		Valor aproximado _____
Total		-

IV. Gastos Mensuales

	Importe
Renta o Hipoteca	_____
Servicios	_____
Pago automóvil	_____
Tarjeta de Crédito	_____
Seguro del automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene alguna otra factura médica impaga? Sí No
 ¿Para qué Servicio? _____
 Si ha coordinado un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital le brinde asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional, a fin de realizar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, certifica que la información proporcionada es verdadera y acuerda avisar o notificar al hospital de todo cambio a la información proporcionado en el plazo de los diez (10) días del cambio.

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Firma del Solicitante

Fecha

Relación con paciente