

# Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Nombre:

---

*Primera* *Inicial Media* *Última*

Dirección de domicilio:

---

*Dirección de la calle*

*Unidad*

---

*Ciudad* *Estado* *Código postal*

*País*

¿Es esta tu residencia principal?  Sí  No

Si no, ¿vives en Maryland más de 6 meses al año?  Sí  No

Número de teléfono:

(  )  -

*Prefijo de área ### #####*

## ***I. Miembros del hogar/familia***

Por favor, indique cualquiera de los siguientes casos, si procede: (1) Un cónyuge (independientemente de si presenta una declaración conjunta federal o estatal), (2) Hijos (biológicos, adoptados o hijastros); y (3) Todas las personas registradas en su declaración de impuestos (cualquier persona para la que solicite una exención personal).

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Relación</i>

## II. Ingresos familiares

Por favor, indique su renta total mensual o anual sujeta a impuestos (antes de impuestos). Puede que le pidan que proporcione prueba de ingresos.

*Nota: Si no tienes ingresos, por favor proporciona una carta de apoyo de la persona que te proporciona alojamiento o comidas.*

\$

## III. Dificultades financieras

¿Tienes algún gasto pendiente de tu bolsillo por servicios hospitalarios (excluyendo las cantidades cubiertas por tu seguro) que haya incurrido tu hogar o familia?

Sí  No

Si es así,

1. ¿Has solicitado la Asistencia Médica de Maryland (Medicaid)?

Sí  No

Si es así, ¿cuál fue la fecha en que solicitaste?

\_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuál fue la determinación?

\_\_\_\_\_

2. Por favor, indique el importe total de sus gastos de bolsillo.

\$

## IV. Activos (**opcionales para que los hospitales los incluyan**)

Por favor, indique el valor total de los activos monetarios superiores a 100.000 dólares.

Incluya efectivo disponible, depósitos bancarios, cuentas de inversión, cuentas por cobrar y pagarés por cobrar. No incluya activos para la jubilación.

\$

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera, precisa y completa. Acepto notificar al hospital cualquier cambio en esta información en un plazo de 240 días desde recibir la factura inicial del hospital.

---

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente