

Suburban Hospital
Attention: Patient Accounting
8600 Old Georgetown Road
Bethesda, MD 20814



Uso De la Ayuda Financiera Del Uniforme Del Estado De Maryland

Información sobre usted:

Nombre _____
Primer Medio Ultimo Fecha

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Estado Civil: Solo Casado Separado
Ciudadano de los E.E.U.U.: Si No Residente Permanente: Si No

Dirección Casera _____ Numero de Teléfono- _____

Ciudad Estado Código Postal País

Nombre Del Patrón _____ Numero de Teléfono- _____

Dirección Del Trabajo _____

Ciudad Estado Código Postal

Miembros De la Casa:

Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación

Ha aplicado para asistente médica? Si No

y Si, cual es la fecha usted aplico? _____

y Si si, cual era la determinación? _____

Usted recibe cualquier tipo de ayuda del estado o del condado? Si No

I. Ingresos De La Familia

Enumere la cantidad de su renta mensual de todas las fuentes. Usted puede ser requerido dar la prueba de la renta, de los activos, y de los costos. Si usted no tiene ninguna renta, proporcione por favor una carta de la ayuda de la persona que le esta proveyendo casa y comida.

Cantidad Mensual

Empleo _____
 Beneficios de Retiro o Pensión _____
 Ventajas De Seguro Social _____
 Ventajas Públicas De la Ayuda _____
 Pagos Por invalidez _____
 Subsidios De Desempleo _____
 Ventajas De los Veteranos _____
 Alimentos _____
 Renta De Propiedad De alquiler _____
 Ventajas De Huelga _____
 Asignación Militar _____
 Granja o empleo del uno mismo _____
 La otra fuente de la renta _____
Total \$ _____

II. Activos Líquidos

Equilibrio Actual

Cuenta de Chequeo _____
 Cuenta de Ahorros _____
 Acción, Enlaces, CD, o mercado de valores _____
 Otras Cuentas _____
Total \$ _____

III. Otros Activos

Si usted posee cualesquiera de los puntos siguientes, enumere por favor el tipo y el valor aproximado.

Casa - Balance Del Préstamo _____ Valor Aproximado _____
 Automóvil Haga _____ Ano _____ Valor Aproximado _____
 Automóvil Haga _____ Ano _____ Valor Aproximado _____
 Automóvil Haga _____ Ano _____ Valor Aproximado _____
 La Otra Propiedad - - Valor Aproximado _____
Total \$ _____

IV. Gastos Mensuales

Cantidad

Alquiler o hipoteca _____
 Utilidades _____
 Pago Del Coche(s) _____
 Tarjeta(s) de Crédito _____
 Seguro de Coche _____
 Seguro Medico _____
 Otros Gastos Médicos _____
 Otros Gastos _____
Total \$ _____

Usted tiene cualquier otra cuenta médica sin pagar? Si No
 Para qué servicio? _____
 Si usted ha arreglado un plan del pago, cuál es la cuota? _____

*Si usted solicita que el hospital amplíe ayuda financiera adicional, el hospital puede solicitar la información adicional para hacer una determinación suplemental. Firmando esta forma, usted certifica que la información proporcionada es verdad y acuerda notificar el hospital de cualquier cambio a la información proporcionada en el plazo de diez días del cambio.

 Firma Del Aspirante _____
 Fecha

 Relación al Paciente
 Por Favor contacto - _____ Numero de Teléfono-_____

Favor de enviar la información a: Suburban Hospital
 Attention: Patient Accounting
 8600 Old Georgetown Road
 Bethesda, MD 20814



SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES CUESTIONARIO PERFIL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION DEL PACIENTE: _____
(Incluya el código postal)

ACTA MÉDICA #: _____

1. ¿Cuál es la edad del paciente? _____
2. ¿Es el paciente un ciudadano de U.S. o residente permanente? Sí o No
3. ¿La paciente está embarazada? Sí o No
4. ¿Tiene el paciente hijos menores de 21 años de edad que viven en el hogar? Sí o No
5. ¿El paciente está ciego o es paciente potencialmente discapacitados durante 12 meses o más de un empleo remunerado? Sí o No
6. ¿Está el paciente recibiendo beneficios de SSI o SSDI? Sí o No
7. ¿Tiene el paciente (y, si es casado, el cónyuge) el total de cuentas bancarias o activos convertibles en dinero en efectivo que no superen las siguientes cantidades? Sí o No

Tamaño de la familia:

Individual: \$ 2,500.00

Dos personas: \$ 3,000.00

Por cada miembro adicional, agregue \$ 100.00

(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si usted tiene el total de activos líquidos de menos de \$ 3,200.00, contestarías SI).

8. ¿Es el paciente residente del Estado de Maryland? Sí o No
9. Tiene hogar del paciente? Sí o No
10. ¿Tiene el paciente o participa en el programa WIC? Sí o No
11. ¿Tiene el paciente o recibe estampillas de comida? Sí o No
12. ¿Tiene el paciente actualmente:
Médico de Asistencia Farmacéutica sólo Sí o No
QMB cobertura / cobertura SLMB Sí o No
PAC cobertura Sí o No
13. ¿El paciente está trabajando? Sí o No
Si no la fecha quedó desempleado. _____
Elegibles para la cobertura de COBRA seguro de salud? Sí o No



SUBURBAN HOSPITAL

JOHNS HOPKINS MEDICINE

APLICACIÓN MÉDICA DIFICULTAD FINANCIERA

NOMBRE DE EL HOSPITAL: _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

DIRECCION DEL PACIENTE : _____

RECORD MEDICO #: _____

Fecha : _____

Los ingresos familiares durante doce meses calendario (12) anteriores a la fecha de esta solicitud : _____

Médico de la deuda que incurra al Suburban Hospital (no incluido el coaseguro, copagos, o deductibles) para los doce meses naturales (12) anteriores a la fecha de esta solicitud:

Fecha de Servicio	Adeudada	Debte
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Toda la documentación presentada se convierte en parte de esta solicitud.

Toda la información presentada en la solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Fecha Firma del solicitante _____

Relación con el Paciente _____

Para uso interno: en inglés revisada por : _____ Fecha : _____

Ingresos : _____ 25% de los ingresos _____

Deuda Médica : _____ Porcentaje de Asignación : _____

Reducción de : _____

Saldo vencido : _____

Pago mensual: Cantidad : _____ Duración de meses de pago : _____ Plan

Favor de enviar la información a:

Suburban Hospital
Attention: Patient Accounting
8600 Old Georgetown Road
Bethesda, MD 20814



SUBURBAN HOSPITAL

JOHNS HOPKINS MEDICINE

HOJA INFORMATIVA SOBRE LA FACTURA DE PACIENTES Y LA ASISTENCIA FINANCIERA

Los derechos y obligaciones de la factura

No todos los costos médicos son cubiertos por el seguro. El hospital hace todo lo posible para estar seguro de que usted reciba la factura correcta. Depende de usted proveer la información completa y precisa sobre su cobertura de seguro médico cuando le traen al hospital o cuando visita la clínica ambulatoria. Esto ayudará a asegurar que se manden las facturas a su compañía de seguros a tiempo. Algunas compañías de seguro requieren que se manden las facturas tan pronto como usted recibe el tratamiento, de lo contrario pueden no pagarlas. Su factura final reflejará el verdadero costo de su cuidado, menos cualquier pago que se haya recibido o hecho al momento de su visita. Todo cobro no cubierto por su seguro es responsabilidad suya.

Asistencia financiera

Si usted no puede pagar por su cuidado médico, es posible que califique para cuidado médicamente necesario gratuito o de bajo costo si usted:

- No tiene otras opciones de seguro
- Le ha sido negada la asistencia médica, o no cumple con todos los requisitos de elegibilidad
- Cumple con criterios financieros específicos.

Si usted no califica para la Asistencia Médica o la asistencia financiera, es posible que sea elegible para un sistema de pagos extendidos para sus facturas médicas.

Llame a: 301-896-6088

Con sus preguntas referentes a:

- Su factura del hospital
- Sus derechos y obligaciones en cuanto a su factura del hospital
- Sus derechos y obligaciones de lo que se refiere a la reducción de costo, al cuidado médico necesario debido a dificultades financieras
- Cómo inscribirse para cuidado gratuito o de bajo costo
- Cómo inscribirse para la Asistencia Médica de Maryland u otros programas que le puedan ayudar a pagar sus facturas médicas.

Para más información sobre la Asistencia Médica de Maryland

Por favor llame a su departamento local de Servicios Sociales

1-800-332-6347 TTY 1-800-925-4434

O visite al: www.dhr.state.md.us

Los cobros de los médicos no se incluyen en las facturas del hospital, son facturas aparte.



SUBURBAN HOSPITAL

JOHNS HOPKINS MEDICINE

FORMULARIO PARA ASISTENCIA FINANCIERA

POR FAVOR DEVOLVER TODA LA DOCUMENTACION REQUERIDA A:

**Suburban Hospital, Inc.
8600 Old Georgetown Road
Bethesda, MD 20814
Atención: Patient Accounting**

**Si tiene alguna pregunta, por favor llamar al
301-896-6088**

Por favor complete éste formulario si está interesado en aplicar por asistencia financiera con Suburban Hospital por los servicios médicos recibidos hoy. Por favor completar éste formulario y devuélvalo al Suburban Hospital a la dirección que se indica arriba con los comprobantes necesarios para su elegibilidad. Es su responsabilidad llenar éste formulario en forma exacta, honesta y completa. Si la información no es verdadera y completa resultará en la negación a su aplicación.

Si usted es elegible para obtener beneficios de asistencia médica (Medicaid), usted deberá aplicar primero a Medicaid antes de que se le pueda otorgar ayuda financiera. Para preguntas con relación a su elegibilidad y el proceso para aplicar a asistencia médica, por favor contactar su **Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS)**. **Para encontrar su LDSS, por favor llamar al 1-800-332-6347.**

Esta aplicación será rechazada si no es devuelta en un período de 30 días a partir del día en que recibió los servicios médicos, con los comprobantes necesarios para determinar su elegibilidad. Por favor completar este formulario que es de seis páginas.

POR FAVOR ENVIAR LOS SIGUIENTES COMPROBANTES PARA DETERMINAR SU ELIGIBILIDAD. SU APLICACIÓN SERA NEGADA SI DICHS COMPROBANTES NO SON PROPORCIONADOS.

- a. Copias de los comprobantes de sus dos últimos pagos
- b. Copia de su forma W-2 del último año
- c. Copias de los comprobantes de los últimos dos pagos de su cónyuge
- d. Copia de la forma W-2 del último año de su cónyuge
- e. Copia de su ultima declaración de impuestos
- f. Por favor, incluya en una hoja separada cualquier información adicional que considere sea importante para que su caso sea aprobado.