



Complete, firme y devuelva esta solicitud con la siguiente documentación requerida:

- **Ingresos (incluidos todos los documentos que recibe actualmente que se indican a continuación):**
 - El paciente, el cónyuge del paciente o el tutor del paciente (padres/tutores de niños menores de 18 años) que vivan en el hogar deben presentar copia de los 2 últimos recibos de sueldo o copia del formulario W-2 del año fiscal en curso presentado.
 - Si trabaja por cuenta propia, una copia de su actual formulario 1040 de impuestos federales.
 - Documentación del Seguro Social/Seguro Social por discapacidad o cualquier otro ingreso adicional en el hogar.
- **Copia de la factura de la hipoteca o del alquiler, o copia de la declaración del impuesto sobre bienes inmuebles si la vivienda ya no está hipotecada.**
- **Si solicitó asistencia médica, presente una copia de la carta de aprobación o denegación.**

Si no puede proveer ninguno de los documentos solicitados más arriba, complete el formulario FAF 116, página 3.

Información del paciente

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	

Si el garante (padre legal, tutor o apoderado). Si la información es igual a la del paciente, pase a la parte II; llene todos los campos.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:

Parte II (información del paciente/garante)

Dirección:		Apto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular: ()	Teléfono celular: ()	Estado Civil:
Nombre y dirección de los empleadores:		
Ingreso bruto mensual: \$	Ingreso neto mensual: \$	
Puesto/Cargo:	Duración del empleo actual:	
¿Es usted residente legal de los Estados Unidos?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Cónyuge

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Nombre/Dirección del empleador:	Teléfono:	
Puesto/Cargo:	Duración del Empleo:	
Ingreso bruto mensual: \$	Ingreso neto mensual: \$	

Información del grupo familiar (Nombre y fecha de nacimiento de todos los miembros del grupo familiar, con excepción de usted mismo o de su cónyuge)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:

Ingresos adicionales en el hogar

Saldo de la cuenta corriente:	Monto mensual de desempleo:
Saldo de la cuenta de ahorros:	Monto mensual del Seguro Social:
Asistencia pública/Cupones para alimentos:	Monto mensual de indemnización por accidentes laborales:
Monto mensual/anual de la pensión:	Cualquier otro:

Hipoteca/Alquiler (se requiere una copia de la hipoteca/recibo de alquiler)

Pago de hipoteca/alquiler:	
----------------------------	--

Información del seguro médico (se requiere una copia de la carta que recibió con la aprobación o denegación de la asistencia médica)

Nombre de la compañía:	Fecha de entrada en vigencia:
¿Ha solicitado Asistencia Médica?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuándo:
Dónde:	Nombre del asistente social y n.º de teléfono:
Resultado/motivo de la denegación:	

Información de discapacidad

El paciente está incapacitado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración de la discapacidad:
Nombre del médico:	Número de teléfono del médico:

Responsabilidades ante terceros (accidente automovilístico, indemnización laboral, lesiones corporales, u otras reclamaciones legales)

Lesiones/enfermedad como resultado de un accidente en automóvil	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del incidente:
Lesiones/enfermedades producidas en el lugar de trabajo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del incidente:
Lesiones/enfermedades como resultado de un delito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del incidente:
Lesiones/enfermedades que deriven en acciones legales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del incidente:

Las reclamaciones de responsabilidad ante terceros no serán elegibles para la asistencia financiera hasta no haber agotado todos los medios de pago. Si no se divulga la información relativa a cualquier reclamación de responsabilidad ante terceros, el paciente será considerado no elegible para Asistencia Financiera.

Declaro que he examinado esta solicitud y, a mi leal saber y entender, toda la información en ella así como la brindada a UMMS y sus consultorios es verdadera, correcta y completa. Comprendo que falsificar esta información puede cancelar cualquier asistencia financiera que se me pueda proporcionar, y que seré responsable de todos los gastos médicos. Al firmar y enviar esta solicitud, doy a UMMS, y a sus consultorios, permiso para determinar mi necesidad de asistencia financiera; incluida la revisión de mi archivo de crédito. También doy permiso a UMMS a divulgar o revelar esta información a University Physicians Inc. con el propósito de evaluar mi estado financiero en respuesta para obtener ayuda con mis facturas médicas. Comprendo que es mi responsabilidad notificar a UMMS de cualquier cambio en la situación referida a mis ingresos o activos mientras esta solicitud está en proceso.

Firma del paciente/garante (obligatoria)

Fecha

Firma del cónyuge (obligatoria)

Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de asistencia financiera (410) 821-4140, extensión 2003, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Puede enviar esta solicitud por correo postal, correo electrónico o fax junto con toda la documentación requerida:

Correo postal:

UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031

Correo electrónico:

CBOService@umm.edu

Fax:

410-630-5341

Verificación de los Estados Financieros, de Ingresos y de Vivienda

Este formulario deberá ser completado por un solicitante de Asistencia Financiera que:

- Recibe ayuda para alimentos o refugio
- Se encuentra actualmente desempleado
- Facturas del hospital debido a lesiones causadas por un accidente automovilístico, indemnización laboral, lesiones personales, o cualquier otra reclamación de responsabilidad ante terceros

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____
Fecha de nacimiento: _____ Firma del paciente: _____

Si está recibiendo ayuda para alimentos y refugio, complete lo siguiente:

He estado recibiendo asistencia por parte de _____, que me ha ayudado con alimentos y refugio. Relación con el paciente: _____.

(Marque uno)

- _____ Brindando alojamiento y comida gratis
_____ He estado pagando \$ _____ al mes por alojamiento y comida
_____ Otro, explique a continuación:

Si se encuentra desempleado y no recibe un ingreso, complete lo siguiente:

(Marque uno) _____ He estado desempleado desde ___/___/___ y he recibido la ayuda para alimentos y refugio antes descrita. Fecha prevista para regresar al trabajo _____

_____ He estado desempleado desde ___/___/___ y viviendo de mis ahorros u otros activos monetarios.

Explique en detalle: _____

Fecha prevista para regresar al trabajo _____

¿Por qué no está recibiendo un ingreso de desempleo?

(Marque uno) _____ La elegibilidad expiró: el paciente agotó todos los beneficios por desempleo.

_____ No es elegible, motivo: _____

Si tiene una reclamación de responsabilidad de terceros (accidente automovilístico, indemnización laboral, lesiones personales), complete lo siguiente:

Abogado: Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

Compañía de Seguros: Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

Fecha Prevista de Conciliación: _____/_____/_____