



## Formulario de Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

Por favor complete, firme y devuelva esta solicitud con la siguiente documentación requerida:

- Ingresos (incluidos todos los documentos a continuación que recibe actualmente):  
Todos los solicitantes, incluido el paciente, el cónyuge del paciente, el tutor del paciente (padre(s) de niños menores de 21 años) que vivan en el hogar deben presentar copia de los 2 últimos recibos de sueldo o copia del formulario W-2 del último año fiscal presentado. Documentación del Seguro Social/Seguro Social por Discapacidad o cualquier otro ingreso adicional del hogar.
- Copia de la Factura de la Hipoteca/Alquiler
- Si solicitó Asistencia Médica, 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 que se adjunta.*

### Información del Paciente

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	

Tutor (Parte Responsable) De ser el paciente pasar a la Parte II, caso contrario, completar todos los campos.

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:

Parte II (Se requiere copia de los formularios W-2 del último año presentado, O los dos últimos recibos de sueldo)

Dirección Postal:		Dpto.:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de 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:		Núm. de Teléfono:
Puesto/Cargo:	Duración del Empleo:	
Ingreso Bruto Mensual: \$	Ingreso Neto Mensual: \$	

Datos del Hogar (Nombre y Fecha de Nacimiento de todos los miembros del hogar, con excepción de uno mismo o del 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 del Seguro Laboral:
Monto Mensual de la Manutención Infantil:	Otros:

Gastos Mensuales (Se requiere copia del pago de la hipoteca/alquiler)	
Pago de Hipoteca/Alquiler:	Cable:
Servicios públicos:	Visa:
Teléfono:	Mastercard:
Teléfono Celular:	Grandes Almacenes:
Pagos relacionados con el Automóvil:	Otros:

Información del Seguro Médico (Se requiere una copia de la carta que recibió con la Aprobación o Denegación para 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°. de Teléfono:
Resultado/Motivo de la Denegación:	

Información de Discapacidad	
El paciente es discapacitado: 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, Seguro Laboral, Lesiones Corporales, u otras reclamaciones legales)		
Lesiones/Enfermedad como resultado de un accidente propio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del Incidente:
¿Lesiones/Enfermedad producidas en el lugar de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del Incidente:
¿Lesiones/Enfermedad 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/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Asistencia Financiera. (410) 821-4140, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Envíe este solicitud, junto con toda la documentación requerida, por correo, a: UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.

Verificación de Estado Financiero, de Ingresos y de Vivienda

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

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

**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 ayuda de \_\_\_\_\_, quien me ha estado ayudando con alimento y refugio. Relación con el paciente: \_\_\_\_\_.

(Marque uno)

\_\_\_\_\_ Brindo alojamiento y comida gratis

\_\_\_\_\_ He estado pagando \$ \_\_\_\_\_ por mes para alojamiento y comida

\_\_\_\_\_ Otro, por favor 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.

Por favor, 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 ha agotado todos los beneficios por desempleo.

\_\_\_\_\_ No es elegible, motivo: \_\_\_\_\_

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

**Abogado:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros:** Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Fecha Prevista de Liquidación:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_