

FINANZAS



Johns Hopkins Medicine
Solicitud de asistencia financiera

Rellene los formularios adjuntos y devuélvalos junto con la documentación indicada a continuación.

Formularios que deben incluirse:

Solicitud de asistencia financiera (adjunta)

Documentación que debe incluirse:

1. Copia de las declaraciones de la renta del año pasado (si está casado y presenta la declaración por separado, proporcione copias de ambas declaraciones).
2. Copia de sus tres (3) últimas nóminas, carta de su empleador o prueba de su estado de desempleo.
1. Copia de la carta de adjudicación de la seguridad social (si procede)
2. Copia de la carta de decisión de la Asistencia Médica o de la Seguridad Social.
3. Pruebas de los gastos mensuales de manutención que figuran en su solicitud, como por ejemplo copias de facturas telefónicas, facturas de BG&E o pagos de alquiler/hipoteca.
4. Copias de los gastos médicos no pagados.
5. Copia de todas las tarjetas del seguro médico.
6. Prueba de residencia, como por ejemplo una cédula de identidad, la licencia de conducir, el certificado de nacimiento o el documento que acredite el estado de residente legal permanente (tarjeta verde).

ENVÍE LA INFORMACIÓN POR CORREO A:

3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100

ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON

BALTIMORE, MD 21211

DIRECCIÓN POSTAL:

3910 Keswick Rd, Suite S-5100 ATTN: Financial Assistance Liaison

Baltimore, MD 21211

CORREO ELECTRÓNICO: financialassistance@jhmi.edu

TELÉFONO: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250



Solicitud de asistencia financiera

Información sobre usted

Nombre: _____
 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellidos _____

Número de Seguridad Social ____ - ____ - ____ Estado civil: Soltero Casado Separado

Ciudadano de los EE. UU. SÍ NO Residente permanente: SÍ NO

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ciudad Estado Código Zip País

Nombre del empleador: _____ Teléfono _____
 Dirección de trabajo: _____

 Ciudad Estado Código Zip

Miembros del grupo familiar/hogar:

Nombre:	Edad	Mi persona Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha solicitado asistencia médica? SÍ NO
 En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó su solicitud? _____
 En caso afirmativo, ¿cuál fue la decisión? _____

¿Recibe algún tipo de asistencia estatal o del condado? SÍ No

I. Ingresos familiares

Indique el importe de sus ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes. Es posible que se le solicite que aporte pruebas de sus ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, facilítenos una carta de la persona que le proporciona alojamiento y manutención.

Empleo	Monto mensual
Prestaciones de jubilación/pensión	_____
Prestaciones de la Seguridad Social	_____
Prestaciones de asistencia pública	_____
Prestaciones por discapacidad	_____
Prestaciones por desempleo	_____
Prestaciones para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler	_____
Subsidios de huelga	_____
Prestaciones militares	_____
Granja o trabajo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____

Total

II. Activos líquidos

Saldo actual

Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorro	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____

Total

III. Otros activos

Si es propietario de alguno de los siguientes elementos, indique el tipo y el valor aproximado.

Vivienda	Saldo de préstamos	Valor aproximado	_____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____
Automóvil adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____
Automóvil adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado	_____

Otros bienes	Valor aproximado	_____
	Total	_____

IV. Gastos mensuales

Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pago(s) del auto	_____
Tarjeta(s) de crédito	_____
Seguros de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____

¿Tiene alguna otra factura médica sin pagar? SÍ NO

¿Por qué servicio? _____

¿Tiene acordado un plan de pagos? ¿A cuánto ascienden los pagos mensuales? _____

Para la elegibilidad de asistencia médica por dificultades económicas:

Ingresos familiares de los doce (12) meses naturales anteriores a la fecha de esta solicitud: _____

Deuda médica contraída en Johns Hopkins (sin incluir coaseguros, copagos ni deducibles) durante los doce (12) meses naturales anteriores a la fecha de esta solicitud:

Fecha del servicio	Importe adeudado
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para la presunta elegibilidad de asistencia financiera:

- | | |
|---|---------|
| 1. ¿Cuál es la edad del paciente? | _____ |
| 2. ¿La paciente está embarazada? | Sí o No |
| 3. ¿El paciente tiene hijos menores de 21 años viviendo en casa? | Sí o No |
| 4. ¿El paciente es ciego o está potencialmente discapacitado para trabajar de forma remunerada durante 12 meses o más? | Sí o No |
| 5. ¿El paciente está recibiendo actualmente prestaciones de SSI o SSDI? | Sí o No |
| 6. ¿El paciente (y, si está casado, su cónyuge) tiene en total cuentas bancarias o activos convertibles en efectivo que no superen los siguientes importes? | Sí o No |

Tamaño de la familia:

Persona: \$2500,00

Dos personas: \$3000,00

Añada \$100,00 por cada miembro adicional de la familia.

(Ejemplo: En el caso de una familia de cuatro miembros, si el total de sus activos líquidos es inferior a \$3200,00, su respuesta debe ser SÍ).

- | | |
|--|---------|
| 7. ¿El paciente reside en el estado de Maryland? | Sí o No |
| Si no reside en Maryland, ¿en qué estado reside el paciente? | _____ |
| 8. ¿La paciente es una persona sin hogar? | Sí o No |
| 9. ¿El paciente participa en el plan WIC? | Sí o No |
| 10. ¿En el hogar hay niños que participan en el programa de almuerzos gratuitos o a precio reducido? | Sí o No |
| 11. ¿El hogar participa en un programa de asistencia energética para personas con bajos ingresos? | Sí o No |
| 12. ¿El paciente recibe cupones SNAP / cupones de alimentos? | Sí o No |
| 13. ¿Está el paciente inscrito en Healthy Howard, Chase Brexton? | Sí o No |
| 14. ¿El paciente fue remitido a SH por Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access o Proyecto Salud? | Sí o No |
| 15. ¿El paciente tiene actualmente lo siguiente?: | |
| Farmacia de asistencia médica únicamente | Sí o No |
| QMB/SLMB | Sí o No |
| 16. ¿El paciente está empleado? | Sí o No |
| En caso negativo, indique la fecha en que pasó a estar desempleado. | _____ |
| ¿Es elegible para la cobertura del seguro de salud COBRA? | Sí o No |

Toda la documentación enviada pasa a formar parte de esta solicitud.

Si solicita que se le conceda una ayuda financiera adicional, JHM podrá solicitar información añadida con el fin de tomar una decisión suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información facilitada es verídica y se compromete a notificar a JHM cualquier cambio en la información proporcionada en un plazo de diez días a partir del cambio. Todos los datos enviados con la solicitud son verídicos y exactos a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente