



Solicitud de asistencia económica

Atlantic General Hospital

ATTN: Financial Assistance, Box # 10

9733 Healthway Drive

Berlin, MD 21811-1155

410-629-6025 Oficina

410-641-9210 Fax

<http://www.atlanticgeneral.org>

En Atlantic General Hospital basamos nuestro programa de asistencia económica en el 200% al 500% de las pautas federales de pobreza. La elegibilidad se basa en los ingresos correspondientes a los últimos doce (12) meses. **Cada miembro de la familia** que tenga un saldo deudor en Atlantic General Hospital debe llenar una solicitud de asistencia económica.

NOTA IMPORTANTE: La asistencia económica no se podrá aplicar si se niegan a cooperar con el proceso de la solicitud, si no siguen las pautas de su seguro, o si la cuenta es para un seguro de accidentes de trabajo, un litigio o el saldo pendiente de una liquidación de bienes raíces. Si se aprueba, este programa de asistencia económica comprenderá las facturas de Atlantic General Hospital. El mismo podría no comprender las facturas de otros proveedores que prestaron servicios en Atlantic General Hospital, incluyendo sin limitación a Emergency Service Associates, Delmarva Radiology, Peninsula Cardiology, Delmarva Heart y Peninsula Pathology. Usted debe ponerse directamente en contacto con ellos para inquirir sobre la asistencia. Si se le aprueba para la asistencia económica y vuelve al hospital antes de haber transcurrido el período de aprobación correspondiente a otro servicio podemos exigirle que presente información adicional.

Si usted no tiene cobertura de salud, por favor investigue sus opciones de seguros de acuerdo con el Intercambio de Seguros de Salud, conocido también como "Obamacare" (www.healthcare.gov).

Se le podría exigir que solicite asistencia médica del estado antes de que podamos completar su solicitud.

Si usted o alguno de sus dependientes que figuren en su declaración actual de impuestos federales (1040) tiene facturas en Atlantic General Hospital que asciendan a más del 25% de sus ingresos familiares totales correspondientes a los últimos doce meses, cada miembro inmediato de la familia que figure en su declaración de impuestos y viva con el mismo grupo familiar podría ser elegible para la asistencia económica (25% de descuento en sus facturas de Atlantic General Hospital).

Si usted o alguno de sus dependientes que figuren en su declaración actual de impuestos federales (1040) está recibiendo cupones de alimentos, ayuda de los programas WIC o Energy Assistance, o almuerzos a precio reducido o gratuitos, por favor llene completamente el anverso de la solicitud anexa y la sección 1 titulada "Family Income" que está en el reverso de la solicitud, fírmela y féchela, proporcione una prueba de que está recibiendo asistencia de uno de estos programas y una copia de su declaración actual de impuestos federales (1040), y **quizás** se le apruebe automáticamente para una asistencia económica del 100%.

Si usted **no** está inscrito en uno de los programas de asistencia económica de arriba (cupones de alimentos, programas WIC y Energy Assistance, o almuerzos a precio reducido o gratuitos), por favor proporcione, además de esta solicitud, los siguientes comprobantes de ingresos **correspondientes a los últimos doce meses:**

- 1) Los recibos de sueldo más recientes correspondientes a todos los trabajos que reflejen sus ingresos brutos del año hasta la fecha.
- 2) Si no está disponible un recibo de sueldo, una carta con el membrete de la compañía firmada por el empleador que refleje las fechas de empleo y los ingresos brutos del año hasta la fecha.
- 3) Su declaración de impuestos federales del año en curso (1040). Si es dueño de una empresa, también se debe incluir la sección "C" de su formulario 1040, y un informe de ganancias y pérdidas del año hasta la fecha. Si usted no presentó una declaración de impuestos, por favor proporcione una carta firmada en la que se indique la razón por la que no se presentó una declaración de impuestos, y una prueba de todos los ingresos de cualquier persona que viva con el grupo familiar, incluyendo los miembros no relacionados.
- 4) Comprobante de ingresos de todos los individuos presentado como una exención en su declaración actual del impuesto federal sobre la renta.
- 5) Si sus ingresos provienen de una fuente distinta al empleo, tal como los beneficios de desempleo, del Seguro Social, de incapacidad, de jubilación, de pensión y de veterano, la manutención de menores, una pensión alimenticia, etc., usted tendrá que proporcionar un comprobante.

Si los documentos requeridos no se presentan con la solicitud, la solicitud no se procesará y se le devolverá. Atlantic General Hospital sólo aceptará solicitudes con los documentos requeridos.

Por favor devuelva su solicitud llenada de asistencia económica y los documentos requeridos al departamento de inscripción de pacientes ambulatorios, la oficina del cajero, Atlantic Health Center o el departamento de contabilidad de pacientes, o envíela por correo a la siguiente dirección:

**Atlantic General Hospital
ATTN: Financial Assistance, Box # 10
9733 Healthway Drive
Berlin, MD 21811**

Se le podría negar la asistencia económica en los siguientes casos:

- 1) Si usted no cumple con las pautas sobre los ingresos para la asistencia económica.
- 2) Si la solicitud no se llena apropiadamente, incluyendo su firma y la fecha en la que se llenó.
- 3) Si no se devuelve la documentación de apoyo (tal como un comprobante de ingresos) antes de haber transcurrido 14 días desde la fecha de la solicitud.

Si se rechaza su solicitud de asistencia económica, usted será responsable de su factura.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llámenos al (410) 629-6025. Gracias.

Solicitud uniforme de asistencia económica del estado de Maryland

Información sobre usted:

Nombre _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social _____ - _____ - _____ Estado civil: Soltero Casado Separado

Ciudadano estadounidense: Sí No Residente permanente: Sí No

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad Estado Código postal País

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad Estado Código postal

Miembros del grupo familiar:

Nombre Edad Relación

Nombre Edad Relación

Nombre Edad Relación

Nombre Edad Relación

¿Ha solicitado usted asistencia médica? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su solicitud? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la decisión? _____

¿Recibe usted algún tipo de asistencia del estado o condado? Sí No

Por favor devuelva la solicitud llenada con la documentación a la siguiente dirección:

**Atlantic General Hospital
Attn: Financial Assistance, Box 10
9733 Healthway Drive
Berlin, MD 21811**

I. Ingresos familiares

Indique el monto de sus ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes. Se le podría exigir que proporcione un comprobante de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, por favor proporcione una carta de apoyo de la persona que le proporcione vivienda y comidas.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios de incapacidad	_____
Beneficios de desempleo	_____
Beneficios de veterano	_____
Ingreso de propiedad de alquiler	_____
Pensión alimenticia	_____
Beneficios de huelga	_____
Asignación militar	_____
Granja o empleo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros activos

Si es dueño de alguno de los siguientes artículos, por favor indique el tipo y valor aproximado.

Casa	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otras propiedades		Valor aproximado _____
		Total _____

IV. Gastos mensuales

	Monto
Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pagos del automóvil	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene usted alguna otra factura médica sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si usted ha acordado un plan de pagos, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si usted solicita que el hospital ofrezca asistencia económica adicional, el hospital podría solicitar información adicional a fin de tomar una decisión complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital cualquier cambio en la información proporcionada antes de haber transcurrido diez días desde el cambio.

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente