



**Estimado/a [Patient Name]:**

Gracias por su interés en el programa CalvertHealth Medical Center Assistance Program (Programa de Asistencia de CalvertHealth Medical Center), Charity Care Program (Programa de Atención de Caridad). Entendemos que los gastos de atención médica a veces pueden causar dificultades económicas, y estamos comprometidos a ayudar a los pacientes a explorar las opciones de asistencia disponibles.

Nuestro programa de atención de caridad está disponible para pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad según las pautas federales de asistencia financiera. Adjunta encontrará una solicitud junto con una lista de los documentos necesarios para respaldar su petición de asistencia financiera.

Complete la solicitud en su totalidad, fírmela, póngale la fecha y preséntela a Servicios Financieros para Pacientes dentro de un plazo de **15 días**. Para evitar retrasos en el procesamiento, es importante que incluya toda la documentación de respaldo requerida al presentar su solicitud.

Una vez que recibamos la solicitud completa y toda la documentación requerida, se revisará su petición y se enviará al personal correspondiente para su aprobación. Se le notificará por correo el resultado una vez que se haya tomado una determinación sobre su solicitud.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al **410-535-8248**.

Atentamente,

**Servicios Financieros para Pacientes**  
**CalvertHealth Medical Center**