



Estimado/a:

Usted expresó interés en CalvertHealth Medical Center Assistance Program (Programa de Asistencia de CalvertHealth Medical Center), Charity Care Program (Programa de Atención de Caridad). Entendemos que, a veces, las obligaciones financieras de la atención médica pueden ser abrumadoras.

Nuestro programa de atención de caridad se ofrece a pacientes que cumplen con los criterios según las pautas establecidas por el gobierno federal para la atención de caridad. Adjuntamos la solicitud y una lista de los documentos necesarios para respaldarla.

Complete toda la solicitud, póngale fecha, fírmela y entréguesela a Servicios Financieros para Pacientes. Esta solicitud debe completarse y devolverse con los documentos de respaldo dentro de 15 días. Es importante que devuelva todos los documentos necesarios para no demorar el proceso.

Una vez que se reciben todos los criterios, la solicitud se envía a los revisores correspondientes para su aprobación y firma.

Si se aprueba o se niega la solicitud, se notificará a los pacientes por carta sobre el resultado.

Puede dirigir sus preguntas a uno de nuestros asesores financieros llamando al 410.535.8248.



N.º de MR _____

La información debe recibirse antes del:

Fecha: _____

Comprobante de ingresos	Comprobante de identidad	Comprobante de gastos
<u>x Talones de pago de los últimos 3</u>	<input type="checkbox"/> Tarjetas del Seguro Social de basura	<input type="checkbox"/> Facturas de agua, alcantarillado y recolección
<input type="checkbox"/> Declaración en papel membretado del empleador	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento/certificado de bautismo	<input type="checkbox"/> Servicios públicos
<u>x Declaración de impuestos de 2024</u>	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Recibos de alquiler/hipoteca
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Registro de extranjero	<input type="checkbox"/> Gastos compartidos
<input type="checkbox"/> Beneficios sindicales/por huelga	<input type="checkbox"/> Licencia de matrimonio	<input type="checkbox"/> Cuidado de menores/adultos dependientes
<input type="checkbox"/> Manutención de menores/pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio vivienda	<input type="checkbox"/> Impuestos sobre la propiedad/seguro de
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Acuerdo de separación	<input type="checkbox"/> Facturas médicas
<input type="checkbox"/> Beneficios de SSI/SSDI	<input type="checkbox"/> Carta de una fuente externa	
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos		
<input type="checkbox"/> Préstamos/subvenciones/becas educativas	Comprobante de bienes	Otros comprobantes
<input type="checkbox"/> Asignación militar		
<input type="checkbox"/> Pagos de otras personas para gastos	<u>x 2 estados de cuenta de cheques/ahorros completos</u>	<input type="checkbox"/> Formularios escolares 604/690
<input type="checkbox"/> Contribuciones recibidas	<input type="checkbox"/> CD, cuentas IRA	<input type="checkbox"/> Dirección de padres ausentes
<input type="checkbox"/> De inquilinos/personas que pagan hospedaje	<input type="checkbox"/> Acciones, bonos, fondos mutuos	<input type="checkbox"/> Embarazo/atención prenatal
<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler/hipoteca	<input type="checkbox"/> Dividendos de intereses	<input type="checkbox"/> Formularios de discapacidad/incapacitación
<input type="checkbox"/> Registros de trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Seguro de vida y de salud	<input type="checkbox"/> Solicitudes para otros beneficios
<input type="checkbox"/> Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Préstamos de autos y vehículos	<input type="checkbox"/> Comprobante de quién vive con usted
<input type="checkbox"/> Formularios/declaraciones de salarios	<input type="checkbox"/> Marca/modelo/año de todos los autos	<input type="checkbox"/> Boletas de calificaciones
<input type="checkbox"/> Ingresos por pensión	<input type="checkbox"/> Bienes transferidos durante los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Tipo de vivienda
<input type="checkbox"/> Carta de desempleo	<input type="checkbox"/> Propiedad: terreno, casa, otra	<input type="checkbox"/> Otra información

****Importante**:** Estos comprobantes deben incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hace la declaración.

Otras instrucciones:

Estimado/a paciente:

Usted pidió asistencia con su factura del hospital de CalvertHealth Medical Center. Hemos recibido su solicitud de asistencia financiera. Se requieren documentos de respaldo para aprobar su solicitud. Entregue la página anterior con los elementos marcados al hospital lo antes posible. No cumplir con este pedido implica que ya no le interesa nuestro programa.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestros asesores financieros al 410.535.8248. Fax: 410.535.8714.

Atentamente,



	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de asist. pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos propiedad alquilada	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Agricultura/trabajo indep.	_____
Otra fuente de ingresos	_____

Total _____

II. Bienes líquidos Saldo actual

Cuenta de cheques _____

Cuenta de ahorros _____

Acciones, bonos, CD o cuenta del mercado monetario _____

Otras cuentas _____

Total _____

III. Otros bienes

Si tiene alguno de los siguientes bienes, indique el tipo y el valor aproximado.

Casa: Saldo del préstamo _____ Valor aproximado _____

Automóvil: Marca _____ Año _____ Valor aproximado _____

Vehículo adicional: Marca _____ Año _____ Valor aproximado _____

Vehículo adicional: Marca _____ Año _____ Valor aproximado _____

Otra propiedad _____ Valor aproximado _____

IV. Gastos mensuales Monto

Alquiler o hipoteca _____

Servicios públicos _____

Pagos de automóviles _____

Tarjetas de crédito _____

Seguro de auto _____

Seguro de salud _____

Otros gastos médicos _____

Otros gastos _____

Total _____

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si acordó un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si pide que el hospital le brinde asistencia financiera adicional, el hospital podría pedir más información para tomar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y acepta avisar al hospital sobre cualquier cambio en la información proporcionada dentro de los diez días posteriores al cambio.

Firma del solicitante Fecha Relación con el paciente



CalvertHealth™
Medical Center

**CalvertHealth Medical Center
DOCUMENTOS DE RESPALDO
PARA ASISTENCIA FINANCIERA
DECLARACIÓN DE ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN**

A QUIEN CORRESPONDA:

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE YO, _____, PROPORCIONÉ A

ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN GRATIS
DESDE _____ Y QUE SEGUIRÉ HACIÉNDOLO.

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA: _____

TELÉFONO: _____

FIRMA: _____



Carta de apoyo

Solicitud uniforme de asistencia financiera de Maryland

- Nombre del paciente _____
- Número de cuenta _____
- ¿Cuánto tiempo hace que conoce a esta persona? _____

Ayudo a esta persona a cubrir sus necesidades con lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

- comida
- vivienda
- ayuda con facturas (servicios públicos, alquiler/hipoteca, hospital, etc.)
- dinero
- transporte
- otras necesidades (*especifique*) _____
- fechas de desempleo _____
- fechas de falta de vivienda _____

Puedo confirmar que este paciente *no* presentó impuestos el año pasado.

Otro:

Nombre: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____



**CalvertHealth Medical Center
Documento de desempleo
para asistencia financiera**

¿Alguna vez ha tenido empleo? _____

¿Tiene empleo ahora? _____

¿Empleador anterior? _____

¿Último día de trabajo? _____

¿Recibe beneficios por desempleo? _____

¿Cuáles son sus ingresos actuales? _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acepto que las declaraciones anteriores son verdaderas y se usarán para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera de CalvertHealth Medical Center.



CalvertHealthTM
Medical Center

**CalvertHealth Medical Center
DOCUMENTOS DE RESPALDO DE BIENES
PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

MARQUE LO QUE CORRESPONDA.

NO TENGO NINGUNA CUENTA BANCARIA

NO TENGO CD, IRA, ACCIONES NI BONOS

NO PRESENTÉ IMPUESTOS PARA: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA: _____

TELÉFONO: _____

FIRMA: _____