



**Medicina Johns Hopkins  
Cerere de asistență financiară**

**Forme care să includă:**

Cerere de asistență financiară (inclusă)

**Documente care trebuie incluse:**

1. Copie a declarațiilor fiscale de anul trecut. (Dacă sunteți căsătorit și ați depus separat, vă rugăm să furnizați copii ale ambelor declarații.)
2. Copie a ultimelor trei (3) taloane de salariu, scrisoare de la angajator sau o dovadă a statutului de angajat.
3. Copie a scrisorii de acordare a indemnizației de asigurări sociale pentru anul în curs (dacă este cazul).
4. Copie a scrisorii de determinare de la asistența medicală sau de la securitatea socială.
5. Dovada cheltuielilor lunare de subzistență înregistrate în cerere, cum ar fi copii ale facturilor telefonice, ale facturilor de utilități sau ale plății chiriei/ipotecii.
6. Copii ale cheltuielilor medicale neplătite.
7. Copie a tuturor cardurilor de asigurare medicală.
8. Dovada reședinței, cum ar fi o carte de identitate, un permis de conducere, un certificat de naștere sau statutul de rezident permanent legal (carte verde).
9. Dacă este cazul, declarația de impozit completată de pacienții care desfășoară activități independente (inclusiv profitul sau pierderea).
10. Dacă este cazul, scrisoare de susținere cu venit zero autentificată de notar scrisă de persoana care oferă sprijin financiar.

**ADRESĂ POSTALĂ:**

Spitalul Johns Hopkins

3910 Keswick Road, Camera S-5100

În atenția: Relații de asistență financiară

Baltimore, MD 21211

**EMAIL:** FinancialAssistance@jhmi.edu

**TELEFON:** 443-997-3067

**FAX:** 443-769-1250

FINANȚE



**JOHNS HOPKINS**  
MEDICINE

**Cerere de asistență  
financiară**

*Informații despre tine*

Nume: \_\_\_\_\_

Primul

Al doilea

de familie

Cod numeric personale- \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Starecivilă: Necăsătorit Căsătorit

Divorțat CetățeanUS DA NU

Rezidență permanentă: DA NU

Acasă Adresă: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ora

Stat

Cod poștal

Țară

Numele Angajatorului: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Serviciu

Adresă: \_\_\_\_\_

Ora

State

Cod poștal

Membrii gospodăriei:

**SINE**

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Nume

Vârstă

Relație

Ați solicitat asistență medicală DA NU

Dacă da, la ce dată ați solicitat? \_\_\_\_\_

Dacă da, care a fost decizia? \_\_\_\_\_

Beneficiați de vreun fel de ajutor de stat sau județean? DA NU

### I. Venit familial

Enumerați valoarea venitului dumneavoastră lunar din toate sursele. Este posibil să vi se ceară să prezentați dovezi privind veniturile, activele și cheltuielile. Dacă nu aveți vreun venit, vă rugăm să furnizați o scrisoare din partea persoanei care vă oferă găzduirea.

	Venit lunar
Angajare	_____
Beneficii pensionare/pensie	_____
Beneficii securitate socială	_____
Beneficii asistență publică	_____
Beneficii de invaliditate	_____
Beneficii de șomaj	_____
Beneficii de veterani	_____
Pensie	_____
Venit din chirii	_____
Beneficii grevă	_____
Beneficii militare	_____
Fermă sau activități independente	_____
Alte surse de venit	_____
Total	_____

### II Active lichide

	Balanță curentă
Cont curent	_____
Cont de economisire	_____
Acțiuni, obligațiuni, CD sau piață monetară	_____
Alte conturi	_____
Total	_____

### III Alte Active

Dacă dețineți oricare dintre următoarele obiecte, vă rugăm să indicați tipul și valoarea aproximativă.

Acasă	Balanță împrumut _____	Valoare aproximativă _____
Automobil	Marcă _____ An _____	Valoare aproximativă _____
Vehicul adițional	Marcă _____ An _____	Valoare aproximativă _____
Vehicul adițional	Marcă _____ An _____	Valoare aproximativă _____
Altă proprietate		Valoare aproximativă _____
		<b>Valoare totală</b> _____

Chirie sau Ipotecă	_____
Utilități	_____
Plată (Plăți) mașină	_____
Card (carduri) de credit	_____
Asigurare mașină	_____
Asigurare de sănătate	_____
Alte cheltuieli medicale	_____
Alte cheltuieli	_____
Aveți alte facturi medicale neplătite?	DA NU
Pentru ce serviciu _____	

Dacă ați stabilit un plan de plată? Care sunt plățile lunare? \_\_\_\_\_

### Pentru eligibilitatea pentru asistență medicală în caz de dificultăți financiare:

Venitul familiei pentru cele douăsprezece (12) luni calendaristice anterioare datei prezentei cereri: \_\_\_\_\_

Datoriile medicale suportate la Johns Hopkins (fără a include coasigurarea, coplățile sau franșizele) pentru cele douăsprezece (12) luni calendaristice anterioare datei prezentei cereri:

Data serviciului	Suma datorată
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## **Pentru eligibilitatea prezumtivă pentru asistență financiară**

1. Care este vârsta pacientului? \_\_\_\_\_
2. Pacientul este însărcinat? Da sau Nu
3. Pacientul are copii cu vârsta sub 21 de ani care locuiesc la domiciliu? Da sau Nu
4. Pacientul este orb sau este posibil inapt timp de 12 luni sau mai mult pentru un loc de muncă remunerat? Da sau Nu
5. Pacientul primește în prezent beneficii SSI sau SSDI? Da sau Nu
6. Pacientul are (și, dacă este căsătorit, soțul/soția) conturi bancare sau active convertibile în numerar care nu depășesc următoarele sume? Da sau Nu
- Dimensiunea familiei:**  
Individual: \$2,500.00  
Două persoane: \$3,000.00  
Pentru fiecare membru suplimentar al familiei, adăugați \$100.00  
(Exemplu: Pentru o familie de patru persoane, dacă aveți active lichide totale de mai puțin de 3.200,00 \$, veți răspunde DA).
7. Pacientul este rezident al statului Maryland? Da sau Nu  
Dacă nu este rezident în Maryland, în ce stat locuiește pacientul? \_\_\_\_\_
8. Pacientul este fără adăpost? Da sau Nu
9. Pacientul participă la programul WIC? Da sau Nu
10. Familia are copii înscriși în programul de masă gratuită sau decontată? Da sau Nu
11. Gospodăria participă la un program de asistență energetică pentru persoanele cu venituri mici? Da sau Nu
12. Pacientul primește SNAP/Cartele de hrană? Da sau Nu
13. Pacientul este înscris în programul Healthy Howard, Chase Brexton? Da sau Nu
14. Pacientul a fost îndrumat către SH de Instituțiile de caritate catolice, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares Project Access, sau Proyecto Salud? Da sau Nu
15. Pacientul are în prezent: Da sau Nu  
Doar asistență medicală medicamente Da sau Nu  
QMB/SMLB
16. Pacientul este angajat? Da sau Nu  
Dacă nu, data la care a devenit șomer. \_\_\_\_\_  
Sunteți eligibil pentru asigurarea de sănătate COBRA? Da sau Nu

Toată documentația depusă devine parte integrantă a acestei cereri.

În cazul în care solicitați să vi se acorde asistență financiară suplimentară, JHM poate solicita informații suplimentare pentru a lua o decizie suplimentară. Prin semnarea acestui formular, certificați că informațiile furnizate sunt adevărate și sunteți de acord să notificați JHM cu privire la orice modificare a informațiilor furnizate în termen de zece zile de la modificare. Toate informațiile prezentate în cerere sunt adevărate și exacte, după cunoștințele, informațiile și convingerile mele.

\_\_\_\_\_  
Semnătură solicitant

\_\_\_\_\_  
Dată

\_\_\_\_\_  
Relația cu Pacientul