

FINANZAS



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Johns Hopkins Medicine
Solicitud de asistencia financiera**

Formularios que deben incluirse:

Solicitud de asistencia financiera (anexa)

Documentos que deben 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 empleo.
3. Copia de la carta de adjudicación de seguridad social para el año en curso (si procede).
4. Copia de la carta de decisión de la Asistencia Médica o de la Seguridad Social.
5. Pruebas de los gastos mensuales de manutención que figuran en su solicitud, como por ejemplo copias de facturas telefónicas, facturas de servicios o pagos de alquiler/hipoteca.
6. Copias de los gastos médicos no pagados.
7. Copia de todas las tarjetas del seguro médico.
8. 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).
9. Si corresponde, declaración de ingresos de pacientes que trabajan de forma autónoma (incluidas las ganancias o pérdidas).
10. Si corresponde, carta de apoyo notariada de ingresos en cero escrita por la persona que brinda apoyo financiero.

DIRECCIÓN POSTAL:

Johns Hopkins Hospital
3910 Keswick Road, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

CORREO ELECTRÓNICO: FinancialAssistance@jhmi.edu

TELÉFONO: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| 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

Monto

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