

I. Ingreso familiar

Incluya una relación de ingresos mensuales por fuente. Puede solicitársele que presente prueba de ingresos, activos y gastos. Si no cuenta con ingresos, presente una carta de mantenimiento de la persona que le provee de casa y alimentos.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de Jubilación / pensión	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de Asistencia Pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios por ser veterano	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingreso por alquiler de una propiedad	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Empleo propio o en cultivo de tierras	_____
Otras fuentes de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta de cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, Certificados de Depósito, Fondos Mutuos	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros activos

Si posee alguno de los ítems señalados a continuación, por favor indique el tipo y valor aproximado.

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

IV. Gastos mensuales

	Monto
Alquiler o hipoteca	_____
Servicios	_____
Pago(s) por vehículos	_____
Tarjeta(s) de crédito	_____
Seguro del auto	_____
Seguro médico	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene usted otras cuentas médicas pendientes de pago? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si ha dispuesto usted un plan de pagos, ¿cuánto paga mensualmente? _____

Si usted solicita al hospital que le amplíe la asistencia financiera, el hospital podrá pedirle información adicional para realizar una determinación suplementaria. Con la firma de este formulario, usted certifica que la información proporcionada es veraz y se obliga a informar al hospital de cualquier cambio que se produzca en la información proporcionada dentro de los diez días de producido dicho cambio.

Firma del Solicitante

Fecha

Relación con el Paciente

Envíe el formulario completo por correo o entréguelo en:

UNION HOSPITAL OF CECIL COUNTY
Patient Financial Services – Financial Assistance
106 Bow Street
Elkton, MD 21921

Para obtener información o asistencia comuníquese con nuestro:

Consejero financiero 443-406-1337

O

Servicios Financieros para el Paciente 410-392-7033

Podrá encontrar información y formularios adicionales en nuestro sitio Web:

www.uhcc.com