Uniforme
de asistencia financiera estatal

Información sobre usted

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio particular _____

_____

_____ _____
Ciudad Estado Código postal País

Nombre del empleador _____ Número de teléfono _____

Domicilio laboral _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Miembros del hogar:

Nombre	Edad	Relación

¿Presentó una solicitud para recibir asistencia médica? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud? _____
En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación? _____

¿Recibe algún tipo de asistencia del condado o estatal? Sí No

Enviar la solicitud por correo a: TidalHealth Peninsula Regional – Cuentas de pacientes
100 East Carroll Street
Salisbury, MD 21801

Nombre: _____

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Ingresos familiares

Indique el monto de ingresos mensuales de todas las fuentes. ~~Se le puede pedir que proporcione prueba de ingresos, activos y gastos.~~ You may be required to supply proof of your income. (Out for Translation) Si no tiene ingresos, adjunte una carta de apoyo de la persona que proporciona vivienda y comidas.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios del seguro social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Subsidios por desempleo	_____
Subsidios para veteranos	_____
Pensión alimentaria	_____
Ingresos por propiedad arrendada	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Sector agrícola o trabajador independiente	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total	_____

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar? **Sí** **No**

¿Por cuál servicio? _____

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

Si solicita que el hospital extienda una asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitar información adicional a fin de hacer una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información provista es correcta y acepta notificar al hospital cualquier cambio en la información proporcionada en un plazo de 10 días.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____