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	Fecha de nacimiento	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 E. Carroll St.
Salisbury, MD 21801

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Ingresos familiares

Indique el monto de ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que deba proporcionar evidencia de sus ingresos. 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 _____