

Elija el servicio:	
Práctica Dental	<input type="checkbox"/>
Práctica Familiar	<input type="checkbox"/>
Ambos	<input type="checkbox"/>



Family Healthcare of Hagerstown
201 S. Cleveland Ave, Hagerstown, MD 21740

Estimado Paciente,

Family Healthcare de Hagerstown ha adoptado un Programa de Asistencia Financiera para todos los pacientes, independientemente de su incapacidad para pagar. Ofrecemos un Descuento de Tarifa de Deslizamiento basado en el tamaño de la familia y el ingreso familiar total. El ingreso máximo actual por familia puede ser obtenido llamando al Consejero de Extensión / Inscripción al 301-393-3467.

Por favor complete completamente ambos lados de esta solicitud, firme el formulario y devuelva con los documentos requeridos a:

Family Healthcare of Hagerstown
Attention: Outreach/Enrollment Counselor
201 S. Cleveland Ave
Hagerstown, MD 21740

Tome nota que la información proporcionada en esta solicitud es válida por un año. Los pacientes son responsables de completar una nueva solicitud antes del vencimiento de la solicitud actual.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Calle _____ N° de S. S. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ N° Teléfono Casa _____

¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esta dirección? _____ Número de personas que viven en el hogar _____

Anote los Nombres de los Miembros de la Familia: _____ Relación _____

(Indique cuál miembro de la familia es un Dependiente. Dependiente se define como alguien que está incluido en su declaración de impuesto federal de Ingreso)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estado Civil: __ Casado __ Soltero __ Divorciado __ Separado __ Viudo

Lugar de Trabajo del Paciente _____ ¿Cuánto hace que está empleado ahí? _____

Empleo del Cónyuge/Otro _____ ¿Cuánto hace que está empleado ahí? _____

Otro Empleo _____

¿Está desempleado? __ Sí __ No En caso afirmativo, ¿está recibiendo un ingreso por desempleo? __ Sí __ No

En caso afirmativo, ¿De qué Estado está recibiendo beneficios por desempleo? __MD, __PA, __WV

¿Es elegible para Asistencia Médica? __ Sí __ No Podría ser elegible si está: discapacitado, tiene hijos menores de 18 años o está embarazada.

En caso afirmativo, ¿Ha solicitado Asistencia Médica? __Sí __No En caso afirmativo, en qué Estado __MD, PA, __WV

En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? __Aprobado __Rechazado Si fue rechazado en los últimos 90 días, adjunte una copia de la carta de rechazo.

Walnut Street Community Health Center, Inc. hace negocios como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Health and Human Services (HHS) y es un beneficiario de 42 U.S.C. 254b. FHH tiene el estado de los Servicios de Salud Pública Federal (PHS, por sus siglas en inglés) considerado relacionado con ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud bajo 42 U.S.C. 233 (g) - (n). Esto incluye reclamos por negligencia médica para sí mismo y sus individuos cubiertos. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501 (c) 3 del Código IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

ASEGÚRESE DE COMPLETAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Estado del Hogar:

Propio Monto del Pago Mensual de la Hipoteca \$ _____ Saldo Adeudado \$ _____
 Renta Monto del Pago Mensual de la Renta \$ _____
 Vivienda con Asistencia de Renta Sí No Monto Recibido \$ _____
Vive en un Vivienda: () Pública, () Sección 8. () HUD, () Vivienda privada

Otros Gastos Mensuales:

Electricidad Cantidad del Pago \$ _____ Tarjeta de Crédito Cantidad del Pago \$ _____
Calefacción Cantidad del Pago \$ _____ Tarjeta de Crédito Cantidad del Pago \$ _____
Teléfono Cantidad del Pago \$ _____ Préstamo Personal Cantidad del Pago \$ _____
Cable Cantidad del Pago \$ _____ Otra Deuda Cantidad del Pago \$ _____
Gas Cantidad del Pago \$ _____ Otra Deuda Cantidad del Pago \$ _____
Vehículo Cantidad del Pago \$ _____ Marca _____ Modelo _____ Año _____
Vehículo (2^{do}) Cantidad del Pago \$ _____ Marca _____ Modelo _____ Año _____

Salario Bruto Mensual \$ _____ Ingreso del Cónyuge/Otro \$ _____
Salario Bruto Mensual \$ _____ Seguro Social \$ _____
Desempleo \$ _____ Discapacidad \$ _____
Otro Ingreso \$ _____ Manutención Infantil \$ _____
Ingresos de Inversiones \$ _____ Pensión \$ _____
Ingreso Familiar Total Anual \$ _____

***Se Exige Prueba de Ingreso. La solicitud no será procesada a menos que se proporcionen los siguientes documentos:**

- Talones de pago de los últimos 30 días
- Declaraciones de compensación por desempleo
- Declaraciones de pensiones
- Declaraciones de discapacidad
- Declaraciones de manutención infantil
- Declaraciones de pensión alimenticia
- Declaraciones de Seguro Social
- Ganancias del trabajo por cuenta propia
- Declaración del Impuesto Federal al Ingreso
- Si no tiene ingresos, presente una explicación de cómo paga los gastos de subsistencia. Si otra persona lo está asistiendo, esa persona debe escribir una declaración. **La Declaración debe incluir** firma de la persona que hace la declaración, fecha y número de teléfono donde pueda ser contactada.

Juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que brindé es verdadera, exacta y completa en la medida de mis posibilidades, creencia y conocimiento. Además autorizo al Family Healthcare of Hagerstown (FHH) o cualquier otra agencia de investigación empleada por FHH para contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación u organismo de gobierno que conozca los hechos sobre mi elegibilidad y a esas partes para brindar esa información a FHH.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Autorizo a FHH a enviar información financiera proporcionada por mí y obtenida de otras organizaciones a Hagerstown Medical Laboratory para determinar la elegibilidad para su programa de asistencia.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

To Be Completed by FHH – Do Not Write Below This Line [para ser llenado por FHH]

Received by _____ Date _____
Approved by _____ Date _____ Percentage _____ %
Period Approved _____ to _____