

**Elija un servicio:**

Práctica dental

Práctica familiar

Ambos



201 S. Cleveland Ave, Hagerstown, MD 21740

Family Healthcare of Hagerstown ha adoptado un Programa de Asistencia Financiera para todos los pacientes, sin importar la incapacidad de pago. Ofrecemos un descuento de tarifa variable según el tamaño de la familia y el ingreso familiar total. El ingreso máximo actual por familia se puede obtener llamando al Consejero de Inscripción/Extensión al 301-393-3467.

Complete totalmente ambos lados de esta solicitud, firme el formulario y devuélvalo con los documentos requeridos a:

**Family Healthcare of Hagerstown**  
**Atención: Consejero de inscripción/Extensión**  
**201 S. Cleveland Ave**  
**Hagerstown, MD 21740**

**Tenga en cuenta que la información brindada en esta solicitud es válida por un año. Los pacientes son responsables de completar una nueva solicitud antes del vencimiento de su solicitud actual.**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ No. de SS \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ # teléfono celular/casa \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado en esta dirección? \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_

Haga una lista con los nombres de los miembros del hogar: Relación  
 (Indique los miembros del hogar que sean dependientes. El dependiente se define como alguien que figura en su formulario de impuesto federal sobre la renta)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estado civil: \_\_\_ Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separado \_\_\_ Viudo

Lugar de empleo del paciente \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando allí? \_\_\_

Empleo del cónyuge/otro empleo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando allí? \_\_\_

Otro empleo \_\_\_\_\_

¿Está desempleado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, ¿recibe ingresos por desempleo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿de qué estado recibe beneficios de desempleo? \_\_\_MD, \_\_\_PA, \_\_\_WV

¿Es usted elegible para asistencia médica? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Puede ser elegible si está: discapacitado, tiene hijos en la familia 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 \_\_\_ Denegado Si fue denegado en los últimos 90 días, ID de Medicaid # \_\_\_\_\_ adjunte una copia de la carta de rechazo.

**ASEGÚRESE DE COMPLETAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO**

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un concesionario bajo 42 U.S.C. 254b. FHH tiene Servicios Federales de Salud Pública (PHS) considerados un estado relacionado con ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud en virtud de 42 U.S.C. 233 (g)-(n). Esto incluye reclamos de negligencia médica para sí misma y sus individuos cubiertos. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**Estado de ingresos:**

Salario bruto mensual \$ _____	Ingresos del cónyuge/otros \$ _____
Salario bruto mensual \$ _____	Seguro social \$ _____
Desempleo \$ _____	Discapacidad \$ _____
Otros ingresos \$ _____	Manutención infantil \$ _____
Ingresos de inversión \$ _____	Pensión \$ _____
Total de ingresos familiares anuales \$ _____	

**\* Se requiere comprobante de ingresos. La solicitud no se procesará a menos que se proporcionen los siguientes documentos:**

- \_\_\_\_\_ Talones de pago de los últimos 30 días
- \_\_\_\_\_ Estados de cuenta de compensación por desempleo
- \_\_\_\_\_ Estados de cuenta de pensiones
- \_\_\_\_\_ Estado de cuenta de discapacidad
- \_\_\_\_\_ Estado de cuenta de manutención infantil
- \_\_\_\_\_ Estado de cuenta de pensión alimenticia
- \_\_\_\_\_ Estado de cuenta de seguro social
- \_\_\_\_\_ Ganancias de trabajo por cuenta propia para negocios
- \_\_\_\_\_ Formulario 1040 de impuesto federal sobre la renta, actual y firmado No presentó impuestos \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Si no hay ingresos, explicación de cómo se pagan los gastos de subsistencia. Si alguien más lo está ayudando, esa persona deberá escribir una declaración. La declaración **debe incluir la firma** de la persona que hace la declaración, la fecha y el número de teléfono donde se pueda localizar.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa y se puede verificar su exactitud. Entiendo que la falsificación intencional y la omisión de información contenida en esta solicitud resultará en la negación de la asistencia financiera.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorizo a FHH a enviar información financiera proporcionada por mí y obtenida de otras organizaciones a Meritus Medical Laboratory y/o Quest Diagnostics para determinar la elegibilidad para el programa de asistencia.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**To Be Completed by FHH – Do Not Write Below This Line (Para ser completado por FHH - No escriba debajo de esta línea)**

Received by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Category \_\_\_\_\_

Period Approved \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

FP/MH Fee \_\_\_\_\_  
Dental Fee \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Insurance \_\_\_\_\_