

Fecha (s) de Servicio o Número (s) de Cuenta\*: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Asistencia financiera

Uso exclusivo de la oficina:

FC Initials \_\_\_\_\_

Este formulario sirve como su solicitud de asistencia financiera en los hospitales mencionados anteriormente. Para administrar su atención de manera más efectiva, si se aprueba esta solicitud única, será elegible para recibir asistencia en cada uno de estos hospitales de Northern Light Health. Su solicitud completa se compartirá entre estos hospitales solo según lo permita o exija la ley.

PACIENTE/SOLICITANTE		INFORMACIÓN DE EMPLEO			¿DESEMPLEADO?	
NOMBRE:		NOMBRE DEL EMPLEADOR:			NUNCA HA TRABAJADO: _____	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE CONTRATACIÓN:			ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: _____	
CELULAR/TELÉFONO DE CASA:		CARGO:			POR FAVOR EXPLIQUE:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:				
		DIRECCIÓN:				
ESTADO CIVIL:					(Uso oficial) MR#:	
PAREJA/COSOLICITANTE		INFORMACIÓN DE EMPLEO			¿DESEMPLEADO?	
NOMBRE:		NOMBRE DEL EMPLEADOR:			NUNCA HA TRABAJADO: _____	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE CONTRATACIÓN:			ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: _____	
CELULAR/TELÉFONO DE CASA:		CARGO:			POR FAVOR EXPLIQUE:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:				
		DIRECCIÓN:				
ESTADO CIVIL:					(Número de Oficio) MR#:	
DEPENDIENTES EN EL HOGAR CON LOS FAMILIARES EN SU HOGAR				✓ SI VIVE EN LA CASA	✓ SI ESTÁ INCLUIDO EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS	Uso oficial) MR#:
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO				
¿Eres reclamado como dependiente por otra persona?    SI    NO			En caso afirmativo, Nombre del contribuyente:		Relación con el contribuyente:	

INGRESO FAMILIAR MENSUAL BRUTO	SOLICITANTE	COSOLICITANTE		SOLICITANTE	COSOLICITANTE
SUELDOS Y SALARIOS			MILITAR / PENSIÓN		
DIVIDENDOS / INTERESES / INGRESO POR ALQUILER			PRESTACIONES POR DESEMPLEO		
INCAPACIDAD A CORTO/LARGO PLAZO			PENSIÓN ALIMENTARIA / MANUTENCIÓN INFANTIL		
NEGOCIO/TRABAJO AUTÓNOMO			TANF O AYUDA GENERAL		
INGRESO POR SEGURO SOCIAL/JUBILACIÓN			ESTIPENDIOS (ORIENTACIÓN, PASTORES, ETC.)		
SEGURO SOCIAL POR DISCAPACIDAD (SSDI)			CARTA DE APOYO / AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS		
INDEMNIZACIÓN LABORAL			OTRO INGRESO:		
			<b>TOTAL:</b>	\$	\$

<b>FIRMAS:</b>			
PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA

El contenido recopilado en la parte baja de esta solicitud no se usa como parte del proceso de solicitud para la ATENCIÓN GRATUITA sino para determinar la elegibilidad para otras formas de pago.

BIENES FAMILIARES		GASTOS MENSUALES/RESPONSABILIDADES	PAGOS MENSUALES	SALDO ADEUDADO
EFFECTIVO		PAGO DEL ALQUILER/HIPOTECA		
CUENTA CORRIENTE		OTRO PAGO DE HIPOTECA		
CUENTA DE AHORROS		PRÉSTAMOS PERSONALES O ESTUDIANTILES		
VALOR DEL SEGURO DE VIDA		CUENTAS CORRIENTES		
SALDO DE PENSIONES ANUALES		PRESCRIPCIONES/FACTURA MÉDICAS		
VALOR DE ACCIONES/BONOS		SERVICIOS, TELÉFONO, CABLE		
PROPIEDAD-AÑOS DE PROPIEDAD		COMIDA		
VEHÍCULOS (AÑO/MARCA)		OTROS GASTOS:		
VALOR DE OTROS VEHÍCULOS		<b>TOTAL:</b>	\$	\$
VALOR DE EQUIPO DE NEGOCIOS		<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>		
OTROS BIENES:		¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA SOLICITADO MAINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____		
<b>TOTAL:</b>	\$	DE SER ASÍ: ANEXE UNA COPIA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN		
		¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA TENIDO SEGURO? _____		
		DE SER ASÍ: ANEXE COPIA(S) DE LA(S) CARTA(S)		

<b>FIRMAS:</b>			
PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA

## Instrucciones de la Solicitud Financiera y Hojas de Cálculo

Gracias por pedir una solicitud de Ayuda Financiera a Northern Light Health. Hay varias informaciones que necesitamos antes de tomar una decisión. Su solicitud debe estar completa igual con la información de todos los miembros de su hogar. Se debe proporcionar **Comprobante de Ingreso** para todos los miembros de su hogar. Se puede requerir que Ud. someta una solicitud a MaineCare u otro patrocinio. Ud. debe ser residente de Maine para calificar. No residentes serán considerados solamente para atención de emergencia o urgencia. **Cumpla la hoja de datos abajo para averiguar lo que necesitamos.**

MARQUE CON "X" LAS CUADRÍCULAS QUE SE APLICAN A SU FAMILIA.

SI ALGUIÉN	"X"	DEBE PROPORCIONAR COPIAS DE:
Recibe sueldos de un empleador		Mas recientes talones de pago de las últimas 13 semanas ó los últimos 12 meses de ingreso bruto
Recibe ingreso de renta		Estado de ganancia y pérdida de las últimas 13 semanas
Trabaja independiente		Estado de ganancia y pérdida de las últimas 13 semanas
Recibe beneficios de desempleo porque se encuentra desempleado		Informe de Reclamos Semanales indicando el ingreso bruto de las últimas 13 semanas. Para pedir la carta, llame al 1-800-593-7660 o visite ( <a href="https://gateway.maine.gov/dol/webinq/">https://gateway.maine.gov/dol/webinq/</a> )
Recibe beneficios de compensación al obrero		Carta de Beneficios o de Adjudicación indicando el ingreso bruto de las últimas 13 semanas o de los últimos 12 meses.
Recibe beneficios de discapacidad de corto o largo plazo		Carta de Beneficios o de Adjudicación de las últimas 13 semanas de ingreso bruto. (carta de confirmación si discapacidad es pendiente)
Recibe ingreso de seguridad social o ingreso de discapacidad (SSI/SSDI)		Carta de adjudicación del año actual. Se puede pedir una copia de su carta de adjudicación al llamar a 877-405-1448
Tiene una cuenta corriente o de ahorro		Los estados bancarios de cuenta de las últimas 13 semanas
Está jubilado y recibe beneficios de jubilación		La carta de beneficios o el estado de cuenta [si es 401K, Cuenta Independiente de Jubilación (IRA)], etc. indicando el ingreso de las últimas 13 semanas
Recibe pagos TANF o de Asistencia General		Carta de adjudicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)
No trabaja, pero amigos o miembros de la familia le brindan apoyo		Incluya una carta que explica el apoyo que Ud. recibe, firmada por la persona que proporciona el apoyo

*Por favor incluyan copias de los estados mencionados arriba. No se devuelven documentos originales.*

TAMBIEN SI ALGUIÉN	"X"
Es menor de 21 años	
Es mayor de 65 años	
Se encuentra embarazada o con niños en el hogar	
Está discapacitado o ciego	
No puede trabajar desde hace 12 meses debido a una condición médica	
Si alguien en la familia menor de 26 años es miembro de un programa de cuidado temporal	

**Solicite MaineCare.** Póngase en contacto con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) 800-442-6003, o visite

<https://www1.maine.gov/benefits/account/login.html>

Aviso: Si Ud. ha sometido una solicitud con DHHS, por favor avísenos y mándenos una copia de su carta de adjudicación cuando la reciba.

Si no proporciona la información pedida, se trasará o se negará su solicitud. Ud. debe firmar y fechar su solicitud.

**Si Ud. tiene preguntas con respecto al proceso de la solicitud, favor de llamar al número de teléfono anotado en su cuenta.**

