

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: _____		
SSN (Opcional)	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: _____		
SSN (Opcional)	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		RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	✓ SI VIVE EN LA CASA	✓ SI ESTÁ INCLUIDO EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS	Uso oficial) MR#:
CON LOS FAMILIARES EN SU HOGAR						
FECHA DE NACIMIENTO						
¿Eres reclamado como dependiente por otra persona? SI NO		En caso afirmativo, Nombre del contribuyente:			Relación con el contribuyente:	

\* Las cuentas solo serán elegibles para este programa si la fecha de la solicitud de asistencia financiera es dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta de cada cuenta en cuestión

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>	\$	\$

**FIRMAS:**

--	--

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:		¿ HA ALGUIEN EN EL HOGAR APLICADO PARA AMINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____		
<b>TOTAL:</b>	\$	SI ES SÍ: ADJUNTE UNA COPIA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN		
		¿ALGUIEN EN EL HOGAR TIENE SEGURO? S / N		
		SI ES SÍ: ADJUNTE LA COPIA DE LA TARJETA (S)		
		SI ES SÍ: ¿EL SEGURO ES EL LUGAR DEL MERCADO? S / N		

**FIRMAS:**

--	--

PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA
----------------------	-------	---------------	-------

La asistencia financiera es el último recurso y las liquidaciones de responsabilidad deben resolverse antes de la consideración de la asistencia financiera.

## Instrucciones y hoja de trabajo para la solicitud financiera

Gracias por solicitar una solicitud de asistencia financiera en Northern Light Health. Hay algunas cosas que debemos tener antes de poder tomar una determinación. Su solicitud debe estar completa, con todos los miembros de su hogar incluidos. También se debe proporcionar prueba de ingresos de todos los miembros del hogar. Se ayudará a los pacientes a solicitar cobertura de seguro accesible / MaineCare y / o oportunidades de terceros. Debe ser residente de Maine para calificar; los no residentes serán considerados solo para atención de emergencia y urgencia. Complete la hoja de trabajo a continuación para averiguar qué necesitamos de usted.

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

SI ALGUIÉN	"X"	DEBE PROPORCIONAR COPIAS DE:
Recibe sueldos de un empleador		Más 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> )
Pensión alimenticia, manutención de los hijos o parcelas militares de la familia.		Beneficios o carta de adjudicación o las últimas 13 semanas de los últimos 12 meses que muestran los ingresos / pagos brutos.
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
Dividendos, intereses, regalías de fincas o fideicomisos		Últimas 13 semanas o últimos 12 meses mostrando ingresos / pagos brutos
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.*

Para ser considerados para asistencia financiera, los pacientes recibirán asistencia para solicitar cobertura de seguro accesible / MaineCare y / o oportunidades de terceros.

**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>

**Nota:** Si ha solicitado recientemente con DHHS, notifíquenos y envíenos una copia de la carta de determinación una vez recibida.

\* Si el DHHS lo niega por exceso de ingresos, aún puede ser elegible bajo un deducible ("Spenddown").

- Su solicitud debe estar firmada y fechada.
- Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, llame al número de teléfono que figura en su factura.
- Si no proporciona la información solicitada, su solicitud será demorada o denegada.
- Direcciones de correo de la aplicación:

**Northern Light Acadia Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light AR Gould Hospital**

140 Academy St, Presque Isle, ME 04769  
207-768-4099 or 207-768-4481

**Northern Light Blue Hill Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light CA Dean Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light Eastern Maine Medical Center**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-306-7633 or 207-973-5000

**Northern Light Inland Hospital**

200 Kennedy Memorial Drive, Waterville, ME 04901  
207-861-3055

**Northern Light Maine Coast Hospital**

50 Union St, Ellsworth, ME 04605  
207-664-5495

**Northern Light Mayo Hospital**

897 West Main Street, Dover-Foxcroft, ME 04426  
207-564-1615 or 207-564-8401

**Northern Light Mercy Hospital**

144 State Street, Portland, ME 04101  
1-888-399-6171 or 207-553-6209

**Northern Light Sebecook Valley Health**

Dow Building, 447 N Main St, Pittsfield, ME 04967  
1-800-557-8578 or 207-487-4020