

Sistemas de atención médica del Este de Maine (EMHS)

Solicitud para atención gratuita

Este formulario sirve como su solicitud de ayuda financiera en los hospitales mencionados anteriormente de los Sistemas de atención médica del Este de Maine (Eastern Maine Healthcare Systems, EMHS). Con el fin de manejar su atención de forma más efectiva, usted será elegible para ayuda en cada uno de estos hospitales EMHS si se aprueba esta solicitud única. Se compartirá su solicitud completa entre los hospitales solo como lo permita o requiera 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		RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	✓ SI VIVE EN LA CASA	✓ SI ESTÁ INCLUIDO EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS	Uso oficial) MR#:
¿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:		
			TOTAL:	\$	\$

FIRMAS:			
PACIENTE/SOLICITANTE	COSOLICITANTE		
FECHA	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		TOTAL:	\$	\$
VALOR DE EQUIPO DE NEGOCIOS		INFORMACIÓN DEL SEGURO		
OTROS BIENES:		¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA SOLICITADO MAINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____		
TOTAL:	\$	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)		

FIRMAS:			
PACIENTE/SOLICITANTE	COSOLICITANTE		
FECHA	FECHA		

Instrucciones de la Solicitud Financiera y Hojas de Cálculo

Gracias por pedir una solicitud de Ayuda Financiera a Eastern Maine Healthcare Systems (EMHS). 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 (https://gateway.maine.gov/dol/webinq/)
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		<p>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</p> <p>Aviso: Si Ud. ha sometido una solicitud con DHHS, por favor avísenos y mándenos una copia de su carta de adjudicación cuando la reciba.</p>
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		

Si no proporciona la información pedida, se atrasará 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.

