



Howard County General Hospital  
3910 Keswick Road, Suite S-5100  
Baltimore, MD 21224-2724

**Uso De la Ayuda Financiera Del Uniforme Del Estado De Maryland**

Información sobre usted:

Nombre \_\_\_\_\_

Primer Medio Ultimo Fecha

Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil: Solo Casado Separado

Ciudadano de los E.E.U.U.: Si No Residente Permanente: Si No

Dirección Casera \_\_\_\_\_ Numero de Telefono- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo Postal Pais

Nombre Del Patrón \_\_\_\_\_ Numero de Telefono- \_\_\_\_\_

Dirección Del Trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo Postal

Miembros De la Casa:

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Nombre Edad Relacion

Hace usted solicitar ayuda médica? Si No

Si, cual era la fecha usted se aplico? \_\_\_\_\_

Si si, cual era la determinacion? \_\_\_\_\_

Usted recibe cualquier tipo de ayuda del estado o del condado? Si No

**I. Ingresos De La Familia**

Enumere la cantidad de su renta mensual de todas las fuentes. Usted puede ser requerido dar la prueba de la renta, de los activos, y de los costos. Si usted no tiene ninguna renta, proporcione por favor una letra de la ayuda de la persona que proporciona su cubierta y comidas.

	<u>Cantidad Mensual</u>
Empleo	_____
Ventajas del Retiro/de P ensión	_____
Ventajas De Seguridad Social	_____
Ventajas Públicas De la Ayuda	_____
Pagas Por invalidez	_____
Subsidios De Desempleo	_____
Ventajas De los Veteranos	_____
Alimentos	_____
Renta De Propiedad De alquiler	_____
Ventajas De Huelga	_____
Asignación Militar	_____
Granja o empleo del uno mismo	_____
La otra fuente de la renta	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**II. Activos Líquidos**

	<u>Equilibrio Actual</u>
Cuenta de Chequeo	_____
Cuenta de Ahorros	_____
Acción, Enlaces, CD, o mercado de valores	_____
Otras Cuentas	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**III. Otros Activos**

Si usted posee cualesquiera de los puntos siguientes, enumere por favor el tipo y el valor aproximado.

Casa - Balance Del Préstamo _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
La Otra Propiedad - -	Valor Aproximado _____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**IV. Gastos Mensuales**

	<u>Cantidad</u>
Alquiler o hipoteca	_____
Utilidades	_____
Pago Del Coche(s)	_____
Tarjeta(s) de Credito	_____
Seguro de Coche	_____
Seguro Medico	_____
Otros Gastos Médicos	_____
Otros Gastos	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

Usted tiene cualquier otra cuenta médica sin pagar? Si No  
Para qué servicio? \_\_\_\_\_

Si usted ha arreglado un plan del pago, cuál es la cuota? \_\_\_\_\_

\*Si usted solicita que el hospital amplíe ayuda financiera adicional, el hospital puede solicitar la información adicional para hacer una determinación suplemental. Firmando esta forma, usted certifica que la información proporcionada es verdad y acuerda notificar el hospital de cualquier cambio a la información proporcionada en el plazo de diez días del cambio.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Aspirante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente  
Por Favor contacto - \_\_\_\_\_

Numero de Telefono- \_\_\_\_\_