

APLICACION PARA DIFICULTADES MEDICAS FINANCIALES

NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____
(Incluya Código Postal)

No. DE ARCHIVO MEDICO : _____

FECHA: _____

Ingresos Familiares por doce (12) meses anteriores a la fecha de esta solicitud: _____

Deudas Médicas incurridas en el Hospital de Johns Hopkins (no incluyendo co-seguro, co-pagos, o deducibles) por los doce (12) meses del calendario anteriores a la fecha de esta solicitud:

Fecha de Servicio	Monto Debido
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Toda documentacion sometida sera parte de esta aplicación.

Toda la información sometida en la aplicación es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento, saber y enterder.

Firma del Apicante

Fecha: _____

Relación al Paciente

Para Uso Interno: Revisado Por: _____ Fecha: _____

Ingresos: _____ 25% de ingresos= _____

Deuda Médica: _____ Porcentaje de Subsidio: _____

Reducción: _____

Balance Debido: _____

Monto de Pagos Mensuales: _____ Duración del Plan De Pago: _____ meses