

MaineHealth Asesoría Financiera

Solicitud para Free Care o Plan de Pago extendido

Estoy aplicando por: Free Care Plan de pago extendido Ambos

Información de Aplicante

Nombre	FDN	Número de seguro social (los últimos cuatro dígitos)
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Número de teléfono
Estado civil	Empleador(es) (liste todos por los últimos tres meses)	Fecha de inicio y Salario
Seguro (en caso de que no tenga, escribe N/A)	# de Póliza (si procede)	Fecha efectiva

Información de Cónyuge/Co-solicitante (Solo para Casados o Pareja de hecho registrada)

Nombre	FDN	Número de seguro social (los últimos cuatro dígitos)
Número de teléfono	Empleador(es) (liste todos por los últimos tres meses)	Fecha de inicio

En el caso de que el solicitante esté casado pero separado de su cónyuge, se requiere una copia de la separación legal o la presentación del divorcio.

Dependientes (todos los solicitantes menores de 18 años de edad y que actualmente residen con el solicitante)

Nombre	FDN	Parentesco	# ID MaineCare

Por favor, vaya al otro lado del formulario.

Ingreso familiar durante los últimos 3 meses

El solicitante y su hogar deben proporcionar la declaración de impuestos federales completa del año anterior, o una declaración notariada que declare no tener ingresos.

Si el hogar recibe:	Cantidad por mes:	El solicitante debe proporcionar:
Ganancias / salarios del empleo(s)	\$	Las últimas 13 semanas o los últimos 12 meses de recibos de sueldo o informe de pago de cada trabajo que muestre los ingresos brutos Y la declaración de impuestos federales completa del año anterior
Ingresos de negocio propio o de alquiler	\$	Estado de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses o 12 meses Y declaración de impuestos federales completa del año anterior
Prestación por desempleo, seguro de incapacidad a corto plazo (STD), seguro de incapacidad a largo plazo (LTD), indemnización por accidente de trabajo	\$	Informe semanal de reclamaciones que muestra las últimas 13 semanas o 12 meses de ingresos brutos O detalle de pago del empleador que muestra el pago por discapacidad
Seguro Social o Seguro Social para incapacidad (SSDI)	\$	Carta de beneficio del año actual. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-877-405-1448 o visite www.ssa.gov . Formulario 1099 no aceptable
Beneficios de jubilación o pensión	\$	Carta o declaración de beneficios (401K, IRA, etc.) que muestra la cantidad bruta distribuida. 1099 Forma no aceptable.
Asistencia General (GA)	\$	Carta de beneficios de asistencia general del mes actual.
Sin ingresos en los últimos 3 meses	\$	Declaración notariada que explica el apoyo que está recibiendo, firmado por la persona que proporciona el apoyo. Si vive de los ahorros, también deberá proporcionar 3 meses de estados de cuenta del banco..
Pensión conyugal / Manutención infantil	\$	Copia de la orden judicial O 3 meses de cheques cobrados / recibos
Dividendos / Interés	\$	Estados de dividendos trimestrales O estados de cuenta bancarios de 3 meses.
Otro	\$	Ganancias de la lotería, ganancias no salariales, pago en efectivo para trabajos ocasionales, etc.

Otros requisitos de documentación

En el caso de que cualquier solicitante de cuidado gratuito sea:

- Menores de 21 años o mayores de 65.
- Ciegos o discapacitados (o condiciones que impidieron empleo en el año pasado).
- Actualmente embarazada o solicitando en nombre de dependientes.

Se le puede pedir al solicitante que solicite MaineCare en el Departamento de Salud y Servicios Humanos local. Para aplicar, llame al 1-800-442-6003 o visite <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html> Nota: Si ha solicitado recientemente Maine Care, envíe una copia de la carta de determinación junto con este formulario de solicitud. El ingreso de pacientes internados requiere una determinación de MaineCare.

Plan de pago extendido Cantidad de mensualidad que se pide \$ _____

Para justificar un plan de pago extendido, incluya la siguiente información relacionada con los gastos del hogar.

Por favor, enumere todos los gastos mensuales que se aplican al hogar del solicitante:

Gasto:	Mensualidad:	Gasto:	Mensualidad:
Vivienda (hipoteca/alquiler)	\$	Préstamo personal/hipotecario	\$
Impuestos a la propiedad	\$	Cuidado de los niños	\$
Seguro de propietario/inquilino	\$	401K/403B	\$
Servicios:	-	Préstamo para automóvil	\$
Teléfono de Casa/Celular	\$	Seguro de auto	\$
Electricidad	\$	Gasolina para el vehículo	\$
Agua/Alcantarillado	\$	Alimentos	\$
Cable/Satélite	\$	Costos de mascota	\$
Internet	\$	Cuentas médicas	\$
Gas/Combustible para calefacción	\$	Tarjetas de crédito	\$

Envíe el formulario completado y los documentos a:	MaineHealth Patient Financial Services Attn: Financial Counseling 301 Route 1, Suite C Scarborough, ME 04074-9701	Fax: (207) 661-8042
---	--	---------------------

Por favor, recuerde incluir una copia de sus documentos de prueba de ingresos.

Afirmo que la información proporcionada, incluidos los ingresos, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento sobre mi ingreso anual y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de MaineHealth. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación dará como resultado la denegación de la prestación de servicios como Free Care, y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Firma de solicitante _____ **Fecha** _____ **Firma de co-solicitante** _____ **Fecha** _____
(o Representante del paciente)

Para preguntas sobre esta aplicación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al (207) 887-5100 o sin cargo al (866) 804-2499.