

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: _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE CONTRATACIÓN:	
CELULAR/TELÉFONO DE CASA:		CARGO:	ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: _____ 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:	
CELULAR/TELÉFONO DE CASA:		CARGO:	ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: _____ POR FAVOR EXPLIQUE:
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
		DIRECCIÓN:	
ESTADO CIVIL:			(Número de Oficio) MR#:

DEPENDIENTES EN EL HOGAR CON LOS FAMILIARES EN SU HOGAR				✓ SI ESTÁ INCLUIDO EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS	Uso oficial) MR#:
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	✓ SI VIVE EN LA CASA		

¿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:		
			TOTAL:	\$	\$

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		TOTAL:	\$	\$
VALOR DE EQUIPO DE NEGOCIOS		INFORMACIÓN DEL SEGURO		
OTROS BIENES:		¿ HA ALGUIEN EN EL HOGAR APLICADO PARA AMINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____		
TOTAL:	\$	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.

Gracias por pedir una solicitud de Ayuda Financiera a Northern Light Health. 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/)
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.

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 ("Spendedown").

- 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 Inland Hospital

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

Northern Light AR Gould Hospital

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

Northern Light Maine Coast Hospital

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

Northern Light Blue Hill Hospital

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

Northern Light Mayo Hospital

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

Northern Light CA Dean Hospital

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

Northern Light Mercy Hospital

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

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 Sebecook Valley Health

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