



Hola:

Pagar por su atención médica puede costarle mucho. Queremos asegurarnos de que usted obtenga toda la ayuda que necesita. Con esta carta se adjunta una solicitud de ayuda financiera. Aún puede solicitar ayuda financiera incluso si tiene seguro. Puede ayudarle a cubrir costos como copagos, deducibles o coseguros.

La elegibilidad se basa en sus ingresos anuales, que se determinan por el ingreso bruto (el ingreso total sin deducciones) que tuvo su hogar en las últimas 4 semanas.

Complete y devuelva la solicitud con todos los materiales de respaldo solicitados.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de comprobantes de ingresos:

- La declaración de impuestos federales más reciente, si debió presentarla.
- Los recibos de sueldo consecutivos de las últimas 4 semanas. En función de sus ingresos, podrían ser:
 - o 4 recibos de sueldo, si el pago es semanal
 - o 2 recibos de sueldo, si el pago es quincenal
- Los trabajadores independientes deben proporcionar una declaración detallada de las ganancias y pérdidas del último mes.
- La declaración de beneficios del Seguro social del año en curso, la declaración de pensión del año en curso, etc.
- Una declaración de asistencia general actual.
- Una declaración de beneficios de compensación o de desempleo de las últimas 4 semanas.
- Otros comprobantes de ingresos que haya recibido en las últimas 4 semanas, tales como manutención de menores, pensión, estipendios, premios de lotería o bonificaciones.
- Si no tiene ingresos, proporcione una carta en la que se explique su situación actual y cómo hace para pagar los gastos necesarios. Si vive de sus ahorros, proporcione el extracto bancario del último mes.

Las solicitudes que se reciban sin toda la documentación requerida no se aceptarán y se le devolverán. Si se incluye toda la documentación junto con su solicitud, puede esperar recibir noticias nuestras dentro de los 60 días. **La aprobación no es una garantía de ayuda financiera, existen algunas exclusiones.**

Tenga en cuenta que, durante este proceso, **no se bloquearán sus cuentas** y seguirán sumando antigüedad. Debe **implicarse** en el proceso proporcionando información adicional cuando se le solicite para evitar posibles cobros. Los planes de pago requieren tener guardada una tarjeta de crédito o información de una cuenta bancaria en los archivos para el procesamiento mensual del plan de pago. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina a la línea gratuita **(866) 804-2499**.

Gracias.

MaineHealth Patient Financial Services

AVISO

Atención médica gratuita para quienes no pueden pagar — 2025

La legislación de Maine exige que se proporcione atención médica gratuita a los residentes de Maine con ingresos inferiores al 150 por ciento del nivel federal de pobreza. MaineHealth ofrece atención gratuita a todos los pacientes **que se encuentren en el 200 por ciento o por debajo** del nivel de pobreza. Los residentes de New Hampshire que reciban atención en Memorial Hospital y/u otros consultorios médicos de MaineHealth asociados también pueden calificar para el programa de atención gratuita.

Tamaño de la familia	150 %	200 %
1	\$23,475.00	\$31,300.00
2	\$31,725.00	\$42,300.00
3	\$39,975.00	\$53,300.00
4	\$48,225.00	\$64,300.00
5	\$56,475.00	\$75,300.00
6	\$64,725.00	\$86,300.00
7	\$72,975.00	\$97,300.00
8	\$81,225.00	\$108,300.00
Cada adicional	\$8,250.00	\$11,000.00

Para solicitar ayuda financiera, póngase en contacto con nosotros:

- Oficina de Servicios Financieros para Pacientes al número gratuito 866-804-2499 en horario laboral de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Los cargos no superarán el importe generalmente facturado a Medicare

Si se le aprueba la asistencia financiera en virtud de nuestra política y su aprobación no cubre el 100 por ciento de nuestros cargos por el servicio, no se le facturará más por emergencias u otra atención médica necesaria que el monto generalmente facturado a los pacientes que tienen seguro.

Solo se ofrece la atención médica necesaria como atención gratuita. Si no reúne los requisitos para recibir atención médica gratuita, puede solicitar una audiencia justa. Le explicaremos cómo solicitar una audiencia justa.

Asesoría financiera MaineHealth

Solicitud para ayuda financiera o plan de pagos ampliado

Solicito: Ayuda financiera ☐ Plan de pagos ampliado ☐ Ambos ☐

Información del solicitante

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad/Estado/Cód. postal		Teléfono
Estado civil (<i>opcional</i>)	Empleador (todos los que tuvo en las últimas 4 semanas)		Fecha de inicio y salario

Información del cónyuge/cosolicitante (solo si están casados o son concubinos registrados)

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
N.º de teléfono	Empleador		Fecha de inicio y salario

Dependientes (todos los solicitantes menores de 18 años que actualmente residan con el solicitante)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	N.º de identificación de MainCare

Ingreso familiar

El solicitante y sus familiares deben proporcionar la declaración completa del impuesto federal sobre la renta del año anterior o una declaración, sobre la ausencia de ingresos.

Si la familia recibe:	Monto por mes:	El solicitante debe proporcionar:
Ingresos/salarios de uno o más empleadores	\$	Los comprobantes de pago de las últimas 4 semanas o los últimos 12 meses o un informe con el detalle de pagos de cada trabajo, que muestre el ingreso bruto <u>y</u> la declaración del impuesto Federal sobre la renta del año anterior.
Trabajador independiente/ Ingreso por arrendamiento	\$	Declaración de ganancias y pérdidas del último mes o los últimos 12 meses <u>y</u> declaración del impuesto federal sobre la renta del año anterior.
Beneficios de compensación de los trabajadores, por desempleo, Incapacidad a corto plazo (STD), Incapacidad a largo plazo (LTD)	\$	Solicitudes de prestación semanales que muestren el ingreso bruto de las últimas 4 semanas o los últimos 12 meses <u>O</u> detalle del pago del empleador que muestre el pago por discapacidad.
Seguro social o Seguro por discapacidad del seguro social (SSDI)	\$	Carta de beneficio del año en curso. Para solicitar una copia de su carta de beneficio, <u>llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov</u> . No se acepta el Formulario 1099
Beneficios de retiro o pensión	\$	Carta de beneficio o declaración (401K, IRA, etc.) que muestre el monto bruto distribuido.
Ayuda general	\$	Carta de beneficios de ayuda general del mes en curso.
Sin ingresos por los últimos 3 meses	\$	Declaración que explique la ayuda que recibe, firmada por la persona que proporciona la ayuda. Si vive de ahorros, también tendrá que proporcionar el estado de cuenta bancaria del último mes.
Pensión alimentaria/manutención infantil	\$	Copia de la orden del tribunal <u>O</u> cheques cobrados/recibos de las últimas 4 semanas.
Dividendos/intereses	\$	Declaración trimestral de dividendos <u>O</u> estados de cuenta bancaria del último mes.
Otros	\$	Premios de lotería, ingresos no constitutivos de salario, efectivo por trabajos esporádicos, etc. de las últimas 4 semanas.

El formulario continúa en el reverso de la hoja.

MaineHealth cuenta con recursos para ayudarlo:

Es posible que los residentes de **Maine y New Hampshire** sean remitidos al Equipo de ayuda al paciente de MaineHealth para llevar a cabo el proceso de selección para MaineCare/NH Medicaid u otros programas estatales y federales. Puede comunicarse con nosotros de manera directa, a fin de obtener más información, al 1-833-644-3571.

Los residentes de **Maine** también pueden presentar una solicitud de MaineCare si llaman al **1-800-442-6003** o visitan <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html>

Los residentes de **New Hampshire** también pueden presentar una solicitud de NH Medicaid si llaman al **1-603-447-3841** o visitan <https://nheasy.nh.gov>

***LOS GASTOS NO SON NECESARIOS SI SOLO ESTÁ SOLICITANDO AYUDA FINANCIERA**

Solo plan de pagos ampliado		Pago mensual solicitado: _____			
<i>Para justificar un plan de pagos ampliado, incluya la siguiente información relacionada con los gastos del hogar</i>					
Enumere todos los gastos mensuales que se aplican al hogar del solicitante:					
Gasto:	Pago mensual:	Gasto:	Pago mensual:	Gasto:	Pago mensual:
Vivienda (hipoteca/arrendamiento)	\$	(Calefacción) a gas/queroseno	\$	Tarjetas de crédito	\$
Impuestos sobre la propiedad	\$	Préstamo personal/de vivienda	\$	Facturas por atención médica	\$
Seguro del propietario/arrendatario	\$	Cuidado de niños	\$	Gastos adicionales:	
Servicios:		401K/403B (si se deducen del pago de sueldo no agregar)	\$		\$
Teléfono particular/celular	\$	Préstamo automotor	\$		\$
Electricidad	\$	Seguro automotor	\$		\$
Agua/Cloacas	\$	Gasolina para vehículo	\$		\$
Cable/servicio satelital	\$	Compra de comestibles/bienes domésticos	\$		\$
Internet	\$	Gastos por mascotas	\$		\$

Puede enviar el formulario de solicitud completo y los documentos a:

Por correo postal: MaineHealth PFS At.: Financial Counseling 22 Bramhall Street Portland, ME 04102	Por fax: (207)-661-8043	Presente la solicitud y suba los documentos a MyChart: mychart.mainehealth.org
---	-----------------------------------	--

Recuerde incluir una copia de sus documentos comprobantes de ingresos.

Confirmando que la información proporcionada, lo que incluye los ingresos, es correcta y verdadera, a mi leal saber y entender. Comprendo que la información que envío sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia se encuentra sujeta a verificación por parte de MaineHealth. También comprendo que toda información que envíe y sea declarada falsa, tendrá como consecuencia que los servicios de Ayuda financiera sean rechazados, y que seré pasible del pago de cargos por los servicios provistos.

Firma del solicitante _____ **Firma del cosolicitante** _____
Fecha Fecha

Si tiene preguntas con respecto a esta solicitud, póngase en contacto con nuestro equipo de Servicios al cliente a la línea gratuita (866) 804-2499.