Hola:

Pagar su atención de la salud puede costar mucho. Queremos asegurarnos de que reciba toda la ayuda que necesita. Junto con esta carta se adjunta una solicitud de asistencia financiera. Puede solicitar asistencia financiera incluso si tiene un seguro. Puede ayudarle a cubrir gastos como copagos, deducibles o coseguros.

La elegibilidad se basa en sus ingresos anuales, que están determinados por los ingresos brutos (ingresos totales antes de cualquier deducción) que su hogar recibió en los últimos 3 meses.

Complete y envíe la solicitud junto con toda la documentación de apoyo solicitada.

Estos son algunos ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Última declaración de impuestos federales, si tuvo que presentarla.
- Los talones de pago de las últimas 13 semanas consecutivas. Según cuáles sean sus ingresos, esto puede corresponder a:
    - 13 talones de pago si cobra por semana
    - 7 talones de pago si cobra por quincena
- Si es autónomo, el estado de ganancias y pérdidas detallado de los últimos 3 meses
- Carta de beneficios del seguro social, comprobante de pensión, etc. del año en curso
- Carta de asistencia general actual
- Declaración de desempleo o compensación económica durante los últimos 3 meses
- Otra prueba de ingresos que haya recibido en los últimos 3 meses, manutención infantil, pensión alimenticia, estipendios, loterías ganadas o bonificaciones
- ¿No tiene ingresos? Presente una declaración donde se explique su situación actual y cómo se mantiene. Esta declaración debe estar firmada por la persona que proporciona el apoyo.

Si toda la documentación está incluida en su solicitud, puede esperar tener noticias nuestras en un plazo de 45 días. **La aprobación no es una garantía de asistencia financiera; se aplican algunas exclusiones.**

Los planes de pago requieren una tarjeta de crédito o información bancaria archivada para el procesamiento del plan de pago mensual.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestra oficina llamando al número gratuito **866-804-2499**.

Gracias,

Servicios financieros para pacientes de MaineHealth

Atención médica gratuita para quienes no pueden pagar — 2026

La legislación de Maine exige que se proporcione atención médica gratuita a los residentes de Maine con ingresos inferiores o al 200 por ciento del nivel federal 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	200%
1	$31,920.00
2	$43,280.00
3	$54,640.00
4	$66,000.00
5	$77,360.00
6	$88,720.00
7	$100,080.00
8	$111,440.00
Cada adicional	$11,360.00

Para solicitar asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros enel número gratuito de la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes al 866-804-2499 en horario laboral de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Escanee el código QR para aplicar o saber más

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.

Exclusiones de atención gratuita/Servicios limitados

- La cirugía estética, un procedimiento que se realiza con el único propósito de mejorar el aspecto del paciente (excluyendo la cirugía reconstructiva), no está cubierta como atención gratuita.
- La cirugía bariátrica está cubierta como atención gratuita solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.
- La cirugía dental, un procedimiento que se realiza con el único propósito de extraer dientes infectados o afectados, está cubierta como atención gratuita solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.
- Los procedimientos relacionados con la infertilidad no están cubiertos como atención gratuita.
- Los procedimientos relacionados con la esterilización están cubiertos por Free Care solo si el médico proporciona una declaración escrita de la necesidad médica.
- Farmacia minorista

Política de asistencia financiera

La política de asistencia financiera de MaineHealth se puede encontrar en nuestro sitio web en MaineHealth.org en la sección de Asistencia financiera. También hay copias disponibles en las siguientes ubicaciones:

- *MaineHealth Behavioral Health at Spring Harbor, 123 Andover Road, Westbrook, ME 04092*
- *MaineHealth Franklin Hospital, 111 Franklin Health Commons, Farmington, ME 04938*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 35 Miles Street, Damariscotta, ME 04543*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 6 St. Andrews Lane, Boothbay Harbor, ME 04538*
- *MaineHealth Maine Medical Center Biddeford, 1 Medical Center Drive, Biddeford, ME 04005*
- *MaineHealth Maine Medical Center Portland, 22 Bramhall Street, Portland, ME 04102*
- *MaineHealth Maine Medical Center Sanford, 25 June Street, Sanford, ME 04073*
- *MaineHealth Memorial Hospital, 3073 White Mountain Highway, North Conway, NH 03860*
- *MaineHealth Mid Coast Hospital, 123 Medical Center Drive, Brunswick, ME 04011*
- *MaineHealth Pen Bay Hospital, 6 Glen Cove Drive, Rockport, ME 04856*
- *MaineHealth Stephens Hospital, 181 Main Street, Norway, ME 04268*
- *MaineHealth Waldo Hospital, 118 Northport Avenue, Belfast, ME 04915*

La política de asistencia financiera de MaineHealth está disponible en inglés, árabe, chino (simplificado), francés, portugués, somalí, español y vietnamita.

Asesoría financiera de MaineHealth:

solicitud de asistencia financiera o plan de pago a plazos

Estoy solicitando: Asistencia financiera ☐ Plan de pago a plazos ☐ Ambos ☐

Información del solicitante

Nombre	Apellidos	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Teléfono
Estado civil (opcional)	Empleador (enumere todos los de los últimos 3 meses)	Fecha de inicio y salario

Información sobre el cónyuge o el solicitante conjunto (casados o parejas de hecho registradas)

Nombre	Apellidos	Fecha de nacimiento
Teléfono	Empleador	Fecha de inicio y salario

Dependientes (todos los niños menores de 18 años que residan actualmente con el candidato)

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

Ingresos del hogar

*El Solicitante y su hogar deben **proporcionar la declaración de impuestos federal completa del año anterior** o una declaración que alegue la ausencia de ingresos.*

Si el hogar recibe	Cantidad mensual	El Solicitante debe proporcionar
Ganancias/sueldos de la(s) empresa(s)	$	Últimas 13 semanas o últimos 12 meses de recibos de pago o informe detallado de pago de cada trabajo que muestre ingresos brutos Y la declaración de impuestos federal completa del año anterior.
Independiente/ Ingresos de alquiler	$	Declaración de pérdidas y ganancias de los últimos 3 o 12 meses Y declaración de impuestos federal completa del año anterior.
Prestaciones por desempleo, por incapacidad a corto plazo (STD), por incapacidad a largo plazo (LTD) o por accidentes de trabajo	$	Informe semanal de reclamaciones que muestre los últimos 13 semanas o 12 meses de ingresos brutos O detalle de pago del empleador que muestre el pago por discapacidad.
Seguridad Social o SSDI	$	Carta de beneficios sociales del año actual. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite ssa.gov. **No se acepta el formulario 1099**

Jubilación o beneficios de pensión	$	Carta de beneficio o declaración (401K, IRA, etc.) que muestre el importe bruto distribuido.
Asistencia general	$	Carta de beneficios de asistencia general del mes actual.
No hay ingresos para los últimos 3 meses	$	Declaración escrita explicando el apoyo que está recibiendo. Esta declaración debe estar firmada por la persona que proporciona el apoyo.
Pensión alimenticia/manutención infantil.	$	Copia de la orden judicial O 13 semanas de cheques/recibos en efectivo.
Dividendos/intereses.	$	Declaraciones de dividendos trimestrales.
Otro.	$	Ganancias de lotería, ingresos no salariales, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc., de las últimas 13 semanas.

MaineHealth tiene recursos para ayudarle:

- Los residentes de **Maine & New Hampshire** pueden ser derivados al equipo de asistencia al paciente de MaineHealth para que les hagan pruebas de detección de MaineCare/NH Medicaid u otros programas estatales y federales. Puede ponerse en contacto con nosotros directamente para obtener más información en **1-833-644-3571**.
- Los residentes de **Maine** también pueden solicitar MaineCare llamando al **1-800-442-6003** o visitando **maine.gov/benefits/accounts/login.html**
- Los residentes de **New Hampshire** también pueden solicitar NH Medicaid llamando al **1-603-447-3841** o visitando **nheasy.nh.gov**

***LOS GASTOS NO SON NECESARIOS SI SOLO SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA.**

Solo plan de pago extendido **Pago mensual solicitado: $_____**

Para justificar un plan de pago ampliado, incluya la siguiente información relacionada con los gastos del hogar. Incluya pruebas de facturas de servicios públicos y cuidado de niños. Una copia de 1 mes de facturas de servicios públicos y de guardería o recibo de la empresa.

Enumere todos los gastos mensuales que se aplican al hogar del candidato:

Gasto	Pago mensual	Gasto	Pago mensual	Gasto	Pago mensual
Alojamiento que incluye impuestos sobre la propiedad y el seguro de propietarios/inquilinos (hipoteca/alquiler)	$	Gas/Petróleo (Calefacción)	$	Tarjetas de crédito	$
		Préstamos para estudiantes	$	Facturas médicas	$
Servicios públicos:		Cuidado de niños	$	**Gastos adicionales:**	
Teléfono particular/móvil	$	Préstamo para automóvil	$		$
Electricidad	$	Seguro de automóvil	$		$
Agua/alcantarilla	$	Gasolina para vehículos	$		$
Cable/satélite	$	Compras/mercancías domésticas	$		$
Internet	$	Gastos de mascotas	$		$

Puede enviar su formulario de solicitud cumplimentado y los documentos a:

Enviar a:	**Enviar por fax a:**	**Solicitar y cargar documentos en MyChart:**
MaineHealth: PFS A/A: Asesoramiento financiero 25 June Street Sanford, ME 04073	207-661-8043 **Sitio web:** **mainehealth.org**	**mychart.mainehealth.org**

Recuerde incluir una copia de sus documentos de justificante 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 envíe sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de MaineHealth. También entiendo que si se determina que alguna de la información que envío es falsa, dicha determinación denegará la prestación de servicios como asistencia financiera y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante conjunto: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas sobre esta aplicación, póngase en contacto con nuestro equipo de atención al cliente gratuito en el (866) 804-2499.