



MedStar Health

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:
MEDSTAR HEALTH
Financial Assistance Department
PO Box 411019
Boston, MA 02241-1019

or email to:
pfscustomerservice2@medstar.net

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS Y DATOS DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MEDSTAR

**** Por favor, devuelva la documentación requerida adjunta a esta lista de verificación ****

A: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA UNIFORME DE MEDSTAR

_____ Complete **en su totalidad y firme** la Solicitud adjunta de asistencia financiera uniforme de MedStar

B: SECCIÓN I. INGRESO DE LA FAMILIA:

- _____ 1) Dos talones de pago actuales que demuestren los ingresos del año hasta la fecha; o 4 meses de ingresos brutos
- _____ 2) Declaración de impuestos más reciente con formularios W2 - declaración de trabajador independiente/estado de ganancias y pérdidas
- _____ 3) Cartas de adjudicación actuales del Seguro Social, prueba de pensión y/o Carta de adjudicación de DSS, Compensación de trabajador, TEHMA, SSDI
- _____ 4) Declaración o denegación de pagos por historial de beneficios de desempleo
 - **Se puede obtener en la oficina de desempleo**
- _____ 5) Prueba de manutención de hijos
- _____ 6) Prueba de la pensión alimenticia
- _____ 7) **Copias de todos los demás formularios de ingresos que figuren en la Solicitud de Asistencia financiera uniforme de MedStar Sección I: INGRESOS DE LA FAMILIA**
- _____ 8) **En caso de declarar cero ingresos, carta de respaldo de la persona que proporciona respaldo financiero.**

C: SECCIÓN II. ACTIVOS LÍQUIDOS

- _____ 1) Copias de los estados bancarios de **TODAS** cuentas: de ahorros y/o corriente
- _____ 2) Copias de los estados de **TODAS**, las acciones, bonos, certificados de depósito o cuentas de mercado monetario
- _____ 3) Si no hay activos líquidos, por favor, provea una carta escrita/firmada en la que declara activos con valor de 0.

D : SECCIÓN III. OTROS BIENES

- _____ 1) Si usted es dueño de su casa(s), por favor, indique:
 - a. Saldo actual del préstamo: \$ _____
 - b. Valor actual de la vivienda en el mercado: \$ _____

E: SECCIÓN IV. GASTO MENSUAL

- _____ 1) **Proporcione copias de todas las facturas médicas sin pagar en los últimos 12 meses.**

Para conversar sobre su solicitud, por favor, comuníquese con nuestra oficina al 410-933-4966 or 1(844) 817-6087
De lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.