



A Member of Trinity Health

Holy Cross Hospital  
Financial Counseling  
1500 Forest Glen Road  
Silver Spring, MD 20910-1484  
Phone: (301) 754-7195  
Fax: (301) 754-3227

Holy Cross Germantown Hospital  
Financial Counseling  
19801 Observation Drive  
Germantown, MD 20876  
Phone: (301) 557-6195  
Fax: (301) 557-5549

## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE HOLY CROSS HEALTH

Holy Cross Hospital se compromete a ser el proveedor de servicios de atención de la salud más confiable en nuestra comunidad. Esto incluye nuestro compromiso de brindar servicios accesibles a las personas que no disponen de los recursos necesarios para pagar por la atención necesaria o que no cumplen con los requisitos para los programas que proporcionarían la cobertura (Medicaid, CHIP, y otros).

En el caso en que no reúna los requisitos para ningún programa público, Holy Cross Hospital cuenta con un programa de asistencia financiera que permitirá que cualquier paciente que cumpla con los requisitos obtenga los servicios hospitalarios necesarios. Todos los residentes de Maryland o los pacientes que tengan una afección urgente, de emergencia o que pone en riesgo la vida pueden solicitar la asistencia financiera. La elegibilidad se determina de manera individual, tomando en cuenta los ingresos y activos familiares. Una vez otorgada, la elegibilidad se aplica a los servicios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en el hospital que no estén cubiertos por otros programas y por un período de seis meses a menos que el paciente pase a reunir los requisitos para la cobertura de los programas públicos durante este lapso. Los períodos de cobertura pueden variar según el programa de asistencia financiera para el que califique el paciente.

**SE APLICA A** los servicios al paciente necesarios desde el punto de vista médico brindados en centros que son de propiedad y operación exclusiva de Holy Cross Hospital.

**CUBRE** todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico brindados y facturados por el hospital y los siguientes médicos que tienen su base en el hospital cuando brinden sus servicios allí:

– US Acute Care Service (Hospitalistas y Médicos de Emergencias) – George Washington University Medical Faculty Associates – Community Neonatal Associates – Pathology Associates of Silver Spring – Diagnostic Medical Imaging Associates – Silver Spring Emergency Physicians – Holy Cross Anesthesiology Associates – Capital Critical Care (Intensivistas)

### NO CUBRE

- Servicios brindados por médicos y otros proveedores de atención médica no enumerados anteriormente
- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico (procedimientos cosméticos, de conveniencia o cirugías electivas)
- Servicios a pacientes que reúnen los requisitos para programas de asistencia del condado, del estado, federales u otros
- Servicios brindados en el consultorio privado de un médico y otras instalaciones
- Servicios brindados por Home Health Care and Hospice Care Services
- Servicios brindados en el Adult Day Care Center

### LA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE PARA PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DEL ESTADO DE MARYLAND A CONTINUACIÓN QUE REQUIEREN COMPROBACIÓN DE RECURSOS:

- Montgomery Cares, Project Access, o Care for Kids Programs
- Household with Children in the Free or Reduced Lunch, Food Stamps o Supplemental Nutritional Assistance, Maryland Low-income-household Energy Assistance; and Women, Infants, and Children (WIC) Programs

### ASISTENCIA FINANCIERA POR DIFICULTADES ECONÓMICAS RESULTANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

- Si tiene una deuda con Holy Cross Hospital que ascienda a más del 25% de los ingresos de su familia (no incluye los pagos conjuntos, honorarios de médicos asociados con el hospital y/o los deducibles), pregunte cómo podría solicitar.

**Para obtener más información** sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera, por favor llame a nuestros asesores financieros al 301-754-7195 para Holy Cross Hospital o al 301-557-6195 en Holy Cross Germantown Hospital.

Número de la cuenta/Referencia: \_\_\_\_\_

**Programa de Asistencia Financiera  
 Cuestionario de Perfil del Paciente**

Complete este cuestionario en su totalidad y entréguelo con su Solicitud de Asistencia Financiera completo y firmado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido Office Use Only

- 1) ¿Qué edad tiene el paciente? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Cuenta el paciente con seguro médico? \_\_\_\_\_ Sí o No  
 Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el nombre de la compañía aseguradora? \_\_\_\_\_
- 3) ¿Es el paciente ciudadano estadounidense o residente permanente? *(para elegibilidad de Medicaid)* \_\_\_\_\_ Sí o No
- 4) ¿Es el paciente residente permanente? Si lo es, ¿por cuántos años? \_\_\_\_\_
- 5) ¿Está la paciente embarazada? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 6) ¿Tiene el paciente hijos menores de 21 años de edad que viven en el hogar? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 7) ¿Es ciego el paciente o se encuentra discapacitado, potencialmente para obtener empleo remunerado por 12 meses o más? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 8) ¿Recibe el paciente beneficios provenientes de la Administración de Seguro Social (SSA)? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 9) ¿Recibe el paciente beneficios provenientes de la Administración de Seguro Social (SSI/SSDI)? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 10) ¿Reside el paciente en el estado de Maryland? \_\_\_\_\_ Sí o No  
 Si no vive el paciente en Maryland, ¿en qué estado reside? \_\_\_\_\_
- 11) ¿Es usted paciente del Holy Cross Health Center? \_\_\_\_\_ Sí o No  
 Si la respuesta es Sí, ¿De qué centro?  Gaithersburg  Silver Spring  Aspen Hill  Germantown
- 12) ¿Es el paciente una persona sin hogar? \_\_\_\_\_ Sí o No
- 13) ¿Cuenta el paciente con empleo? \_\_\_\_\_ Sí o No  
 Si la respuesta es No, indique la fecha de desempleo? \_\_\_\_\_
- 14) ¿Ha solicitado el paciente beneficios por desempleo? \_\_\_\_\_ Sí o No  
 ¿Si la respuesta es Sí, en qué fecha comenzó a recibir los beneficios? \_\_\_\_\_
- 15) ¿Participa el paciente, garante/esposo en alguno de los programas de servicios sociales del estado de Maryland sujetos a verificación de recursos?

Office Use Only

MA

MC

MD

ME

MF

E7

MH

MI

**Tenga Presente: Proporcione una copia de la carta de aprobación o tarjeta de inscripción para acelerar su solicitud:**

- a. Women, Infant and Children Program (WIC) \_\_\_\_\_ Sí o No
- b. Household with Children in the Free or Reduced Lunch (NSLP) \_\_\_\_\_ Sí o No
- c. Maryland Low-Income-Household Energy Assistance (MEAP) \_\_\_\_\_ Sí o No
- d. Food Stamps or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) \_\_\_\_\_ Sí o No
- e. Montgomery Cares \_\_\_\_\_ Sí o No
- f. Project Access \_\_\_\_\_ Sí o No
- g. Care for Kids \_\_\_\_\_ Sí o No

Office Use Only Received By: \_\_\_\_\_  
 Forwarded To: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Número de cuenta/referencia: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*Por favor complete/responda cada sección de este formulario. Si no aplica para usted indique "N/A" \*\*\*\*

**Sección 1**

**Información acerca de usted el (Paciente):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Primer nombre Segundo nombre Apellido*

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Otro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_  
*(Código de área) ### - #### (Código de área) ### - #### Electrónico*

**Miembros del hogar:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

*Tenga Presente: Si usted solicito Medicaid y no ha recibido la determinación final, comuníquese con su trabajador del caso de DHHS para saber si ha calificado o no. La solicitud para la Asistencia Financiera será procesada una vez le haya recibido la determinación final.*

¿Ha solicitado ayuda de Maryland Medicaid?  Sí  No Si respondió sí, ¿en qué fecha lo solicitó? \_\_\_\_\_

Si respondió "Si" ¿cuál fue la decisión?  calificó  No califico  Pendiente u otra, Etcétera \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado seguro médico a través del Health Exchange (Mercado de Seguro)?  Sí  No

¿Ha sido aprobado para un plan de seguro médico por medio del Health Exchange?  Sí  No

¿Se ha inscrito para un plan de Seguro a través del Health Exchange?  Sí  No

¿Tiene otras facturas médicas adicionales de Holy Cross Health aun sin pagar?  Sí  No

Si respondió "Si", ¿A qué servicio de Holy Cross Health corresponden? \_\_\_\_\_

Si ha hecho arreglos para un plan de pagos, ¿cuánto es el pago mensual? \_\_\_\_\_

¿Presentó su declaración de impuestos Federales y Estatales?  Sí  No Si respondió "Sí", ¿en qué año? \_\_\_\_\_

**Sección 2**

**Información Acerca del garante/colaborador (Padre/Madre/ Cónyuge/compañero de vida/pareja): si no corresponde a usted, escriba "N/A" no aplica)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primero Segundo nombre Apellido (s)*

Cónyuge  Padre/madre  Otro (indique el parentesco con el paciente) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante: \_\_\_\_\_ Residente de Maryland  Sí  No

Dirección del garante: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

¿Presentó sus impuestos federales y estatales?  Sí  No Si respondió Sí, ¿en qué año? \_\_\_\_\_





\*\*\* Complete/respuesta a cada sección en este formulario. Si no corresponde, escriba "N/A" o cero (0)\*\*\*

**Sección 3**

**I. Ingreso familiar:** Se define como el ingreso de todas las personas que viven juntas: paciente, cónyuge; biológicos, adoptados o hijos; cualquier persona para quien el paciente reclama una exención personal en una declaración de impuestos estatal o federal.

Enumere los montos mensuales provenientes de todas las fuentes de ingreso. Si un familiar o alguna persona que no sea familiar proporciona un apoyo superior al 50 por ciento de los gastos del vivir diario, por favor proporcione el ingreso mensual de la persona que proporciona el apoyo. Por favor proporcione una copia de la constancia correspondiente a cada uno de los montos de ingresos y activos enumerados (refiérase a las páginas 5 y 6).

<i>Monto mensual:</i>	Paciente	Padre/Cónyuge Cónyuge/Pareja	Otro
Empleo .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de jubilación o pensión .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de seguro social (SSA/SSI) .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de asistencia pública (Food Stamps/HOC) .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios por discapacidad .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios por desempleo .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios para veteranos de guerra .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingreso por alquiler de propiedades (¿Alguien le paga alquiler?) .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios por huelga .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pago por servicio militar .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trabajo independiente .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras fuentes de ingreso .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Total de ingresos brutos mensuales:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**II. Activos:**

	Paciente	Padre/Cónyuge Cónyuge/Pareja	Otro
Cuenta corriente .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuenta de ahorro .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Acciones, bonos, CD o cuenta del mercado monetario .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras cuentas .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Activos totales:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**III. Otros activos:**

Saldo pendiente de la hipoteca de vivienda	\$ _____	Valor aproximado \$ _____
Vehículo N.º 1 ..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____
Vehículo N.º 2 ..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____
Vehículo N.º 3 ..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____
Otros bienes .....		Valor aproximado \$ _____
		<b>Total de otros activos:</b> _____

**IV. Gastos mensuales:**

	<u>Monto</u>		<u>Monto</u>
Alquiler o hipoteca	\$ _____	Seguro de automóvil	\$ _____
Pagos de servicios públicos	\$ _____	Seguro médico	\$ _____
Pago(s) de vehículo	\$ _____	Otros gastos médicos	\$ _____
Tarjeta(s) de crédito	\$ _____	Otros gastos	\$ _____

Por la presente certifico/certificamos bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es veraz, correcta y completa. Comprendo que ustedes conservarán esta solicitud en forma electrónica sea la misma aprobada o no y que no se concederá asistencia financiera si la información no se proporciona en forma completa y precisa junto con las respectivas constancias. Cualquier asistencia otorgada se rescindirá si la información brindada en esta solicitud es imprecisa o no es verdadera. Ustedes están autorizados a verificar la información en cuanto al ingreso y los activos, así como también el historial laboral a través de una agencia pública de informes de crédito. Comprendo que soy responsable del pago de cualquier porcentaje remanente de mi saldo pendiente a los fines de que se haga efectiva cualquier asistencia financiera otorgada por Holy Cross Health.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Garante/Esposo/Cónyuge/Pareja)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Otro colaborador)

Si usted o su organización quisiera hacer una contribución para apoyar la provisión de servicios de atención médica para las personas necesitadas, por favor póngase en contacto con Holy Cross Health Foundation al (301) 754-7130. Podría enviar su contribución por correo a Holy Cross Health Foundation, 10720 Columbia Pike, Silver Spring, MD 20901.

( La lista a continuación es para el uso del personal de Asesoría Financiera)

La Asistencia Financiera sólo puede ser otorgada al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera **completa y firmada** junto con las constancias requeridas. (Debe proporcionar sólo copias.)

Tiene hasta la fecha \_\_\_\_\_, para proporcionar copias de los siguientes documentos:

- **Comprobante de residencia e identificación:**
  - Copia de Identificación del Paciente
  - Copia de comprobante de residencia de Maryland del paciente
  
- **Programas de Servicios Sociales del estado de Maryland Sujetos a Prueba de Recursos:**

Proporcione copia de la carta de concesión o la tarjeta de inscripción.

  - Women, Infants, and Children Programs (WIC)
  - Household with Children in the Free or Reduced Lunch Program (NSLP)
  - Low-Income-Household Energy Assistance Program (MEAP)
  - Food Stamps or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
  - Montgomery Cares
  - Project Access
  - Care for Kids
  
- **Si usted no participa en ninguno de los programas antes mencionados, por favor proporcione copias de los siguientes documentos:**
  - Copias de todas las páginas de la declaración de impuestos del último año – (todas las páginas e incluyendo la declaración Federal y la Estatal)
  - Copias de comprobantes de pago (colillas de cheques) de salario – Todos los del mes actual
  - Si trabaja por cuenta propia, proporcione una carta que explique su sueldo bruto mensual o anual. La carta debe incluir: fecha, nombre, dirección, número telefónico y su(s) firma(s). \*\*
  - Carta proporcionada por su empleador que verifique su sueldo bruto mensual o anual. La carta debe incluir: fecha, nombre, dirección, número telefónico y su(s) firma(s). \*\*
  - Copias de todas las páginas de los estados bancarios (cuenta corriente y de ahorros) de los últimos 2 meses
  - Si trabaja por cuenta propia o proporcionará carta de su empleador, se requiere copias de todas las páginas de los estados de cuenta corriente y de ahorros de los últimos 3 meses.
  - Copia de factura de hipoteca reciente o título de propiedad, si está pagada por completo.
  - Si no tiene saldos por pagar o no ha recibido servicios en Holy Cross Health previamente, proporcione copia de la remisión al médico o de la orden médica junto con su Solicitud de Asistencia Financiera completa.
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  
- Si usted no cuenta con empleo y su manutención proviene de un miembro de la familia (esposo, etcétera), u otra persona que no es de su familia, proporcione las constancias enumeradas anteriormente en nombre de la persona o las personas que le brindan apoyo económico.
- **Importante:** Los documentos marcados con \*\* deben ser notariado e incluir el nombre, dirección y número telefónico de la persona(s) que hace la declaración.
- Para más información acerca de las constancias requeridas o si tiene cualquier pregunta, comuníquese con el departamento de Asesoría Financiera.

La Asistencia Financiera sólo puede ser otorgada al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera **complete y firme** junto con los siguientes requisitos de constancia. *(Debe proporcionar sólo copias.)*

**Tenga Presente:** La asistencia financiera se basa en una prueba que consta de dos partes: los ingresos y los activos netos. Los solicitantes con activos netos superiores a \$10,000 o las familias con activos netos superiores a \$25,000 no son elegibles para la asistencia financiera.

<b>Paso 1) Verificación de la identificación (Se requiere <u>copia</u> de un (1) documento.)</b>							
<input type="checkbox"/>	Licencia de conducir	<input type="checkbox"/>	Identificación del estado de Maryland	<input type="checkbox"/>	Identificación de CASA	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<b>Paso 2) Verificación de residencia en Maryland (Se requiere <u>copia</u> de un (1) documento) a menos que el paciente presente cualquier condición urgente, de emergencia o que ponga su vida en riesgo.)</b>							
<input type="checkbox"/>	Talón de sueldo reciente con nombre y dirección	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de votante	<input type="checkbox"/>	Factura de servicios públicos (utilidades) con nombre completo y dirección	<input type="checkbox"/>	Factura de impuestos a la propiedad
<input type="checkbox"/>	Prueba de hipoteca o contrato de alquiler	<input type="checkbox"/>	Declaración de impuestos o formulario W-2 actual				
<b>Paso 3) Verificación de participación en programas de servicios sociales sujetos a prueba de recursos enumerados a continuación. (Proporcione sólo copias de las cartas de concesión o tarjetas de inscripción.)</b>							
<input type="checkbox"/>	Women, Infants, and Children Program (WIC)	<input type="checkbox"/>	Household with Children in the Free or Reduced Lunch Program (NSLP)	<input type="checkbox"/>	Low-Income Energy Assistance Program (MEAP)	<input type="checkbox"/>	Food Stamps or Supplemental Nutritional Assistance Program (SNAP)
<input type="checkbox"/>	Project Access	<input type="checkbox"/>	Montgomery Cares	<input type="checkbox"/>	Care for Kids	<input type="checkbox"/>	
<b>La aprobación se basa en la presentación de un comprobante de inscripción (beneficiario activo de uno de los programas) dentro de los 30 días de presentación de solicitudes. Si la prueba no se presenta dentro de los 30 días de la aplicación, se seguirán las normas generales de Asistencia Financiera (ingresos/activos)</b>							
<b>Paso 4) Verificación de Ingresos actualmente: (Podríamos requerir más de 1 documento para comprobar los ingresos)-proporcione documentación que apoye cada monto de ingresos enumerado en la solicitud: <u>Copias Solamente</u></b>							
<b>Tenga Presente: Si presento los impuestos para el año pasado, por favor proporcione una copia de su información de ingreso actual.</b>							
<input type="checkbox"/>	Talones o recibos de sueldo (del último mes): (4-semanales: 2-quincenales: 1-mensual	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Beneficios por Desempleo	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Seguro por Incapacidad del Seguro Social: (SSDI)	<input type="checkbox"/>	Beneficios para Veteranos de Guerra o Militar
<input type="checkbox"/>	Carta de Pensión Alimenticia o Manutención Infantil **	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Cash Asistencia (Estipendio Monetario)	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión del Housing Opportunity Commission (HOC)	<input type="checkbox"/>	Carta del Empleador confirmando monto de Ingreso Mensuales **
<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Supplemental Security Income (SSI) Award Letter	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de la Administración del Seguro Social (SSA)	<input type="checkbox"/>	Carta Declarando el tipo de Asistencia al paciente por parte del Colaborador**		
<input type="checkbox"/>	Declaración de Impuestos más reciente (del último año) Se requiere todas la paginas, incluyendo, pero sin limitarse a los siguientes: Ingresos por Empleo Independiente o por cuenta propia (formulario Anexo "C" de la declaración de Impuestos); Formulario Anexo "E" de la declaración de Impuestos (Formulario que se utiliza para declara Ingresos de Alquiler).						
<b>Paso 5) Verificación de bienes actuales - proporcione documentación que apoye cada monto de bienes enumerados en la solicitud: (Copias Solamente)</b>							
<b>Tenga Presente: Podríamos requerir más de 1 documento para comprobar los bienes</b>							
<input type="checkbox"/>	Cuenta corriente (estado bancario oficial) 2 y/o 3 meses	<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro (estado bancario oficial) 2 y/o 3 meses	<input type="checkbox"/>	Estado de hipoteca y/o escritura	<input type="checkbox"/>	Estado de acciones/bonos
<input type="checkbox"/>	Estado de beneficios adquiridos por medio de una hipoteca inversa	<input type="checkbox"/>	Declaración de certificado de depósito (CD)	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta de mercado monetario		

\* Si un familiar (cónyuge, etcétera) o alguna persona que no sea familiar le proporciona a usted un apoyo superior al 50 por ciento de los gastos de manutención, por favor proporcione la documentación antes mencionada acerca de la persona que proporciona dicho apoyo.

\* Si usted no tiene cuentas abiertas o no ha recibido servicios anteriores en el Holy Cross Health, por favor proporcione una copia de remisión u orden médica con su solicitud completa de Asistencia Financiera

\* **Importante:** Los documentos marcados con \*\* deben ser notariado e incluir el nombre, dirección y número telefónico de la persona(s) que hace la declaración.

\* **Ingreso familiar** se define como el ingreso de todas las personas que viven juntas y generalmente compran y preparan juntas las comidas.

**Para obtener más información** sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera, por favor llame a nuestros asesores financieros al 301-754-7195 para Holy Cross Hospital o al 301-557-6195 en Holy Cross Germantown Hospital.