

Dirección de correspondencia:
501 6th Avenue South,
Attn: Department # 2405
St. Petersburg, FL 33701

Dirección física:
601 7th Street South, Suite #100
St. Petersburg, FL 33701

727-767-3475 P
achfinancialassist@jhmi.edu
www.hopkinsallchildrens.org



Lista de comprobación de solicitud de ayuda económica

Nombre del solicitante: _____

Los siguientes documentos son necesarios para que la solicitud diligenciada se envíe y revise oportunamente:

- Solicitud de ayuda económica diligenciada
- Declaración de renta más reciente de cada integrante del grupo familiar (carta de exención [*non-filing letter*] del IRS).
- Los seis (6) recibos de pago más recientes de cada integrante del grupo familiar.
- Otros documentos de verificación de ingresos, por ejemplo:
 - Ingreso por discapacidad, cartas de desempleo, cartas del Programa de Compensación Laboral, pensión alimenticia, ingreso de jubilación, cartas del empleador y otras pruebas según sea pertinente.
- Medicaid, Medicare o estado de la solicitud del Mercado de Seguros de Salud, si corresponde.
- Prueba razonable de gastos declarados, si corresponde.
- Otras facturas médicas por pagar, si corresponde.

Si al momento de diligenciar esta solicitud no hay suficiente espacio o líneas disponibles para que el grupo familiar anote la información, proporcione las respuestas al final en los espacios disponibles o utilice otra hoja de papel si es necesario.

USO INTERNO ÚNICAMENTE:

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de revisión de la solicitud: _____

Estado determinado final: ___ Aprobado ___ Rechazado

MR#: _____

Dirección de correspondencia:
501 6th Avenue South,
Attn: Department # 2405
St. Petersburg, FL 33701

Dirección física:
601 7th Street South, Suite #100
St. Petersburg, FL 33701

727-767-3475 P
achfinancialassist@jhmi.edu
www.hopkinsallchildrens.org



Nombre del solicitante: _____

¿Ha solicitado ayuda médica? Sí No, solicitar por favor

En caso afirmativo, ¿en qué fecha hizo la solicitud? _____

En caso afirmativo, ¿cuál fue la determinación? _____

¿Recibe algún tipo de ayuda del estado o del condado? Sí No

I. Ingreso familiar:

Anote en la lista la cantidad de ingreso mensual de todas las fuentes. Es posible que se le pida entregar prueba de los ingresos, los activos y los gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de respaldo de la persona que le proporciona vivienda y alimentación.

	Cantidad mensual (\$)
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de subsidio público	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios de veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por arriendo de propiedades	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Agricultor o independiente	_____
Otras fuentes de ingreso	_____

II. Activos líquidos:

	Saldo actual (\$)
Cuenta de cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, CD o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____

Dirección de correspondencia:
501 6th Avenue South,
Attn: Department # 2405
St. Petersburg, FL 33701

Dirección física:
601 7th Street South, Suite #100
St. Petersburg, FL 33701

727-767-3475 P
achfinancialassist@jhmi.edu
www.hopkinsallchildrens.org



Nombre del solicitante: _____

III. Otros activos:

Si tiene alguno de los siguientes bienes, anótelos en la lista e indique el valor aproximado:

Saldo de crédito de vivienda		\$ _____	
Otra propiedad		\$ _____	
	Marca	Año	
Automóvil	_____	_____	\$ _____
Vehículo adicional	_____	_____	\$ _____
Vehículo adicional	_____	_____	\$ _____
			Total: \$ _____

IV. Gastos mensuales:

	Cantidad (\$)
Renta o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pagos de automóvil	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____

V. Otros gastos:

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar? Sí No

En caso afirmativo, ¿para qué servicios? _____

Si tiene un plan de pago, ¿cuál es la cantidad mensual? \$ _____

Johns Hopkins All Children's podría solicitar información adicional para tomar una decisión complementaria en función de su solicitud para que el hospital preste ayuda económica.

