



**ST. MARY'S COUNTY
HEALTH DEPARTMENT**

Meenakshi G. Brewster, MD, MPH - Health Officer

Administration, Records & Health Services: 301 – 475 – 4330

Environmental Health: 301 – 475 – 4321

Medical Assistance Transportation: 301 – 475 – 4296

Maryland Relay Service: 1 – 800 – 735 – 2258

Email: smchd.healthdept@maryland.gov

Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera

Nombre/Segundo Nombre/Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____

de miembros del hogar:

Nombre	Edad	Relación

Ingresos del hogar: Enumere los ingresos de usted y su cónyuge/pareja (si corresponde). Si no tiene ingresos, indíquelo a continuación.

Fuente de Ingresos	Cantidad Anual
Empleo	
Otras fuentes de Ingresos	
Total	

¿Ha solicitado Asistencia Médica?: Sí / No

¿Desea ayuda para solicitar asistencia médica? Sí / No

Además del Programa de Escala Móvil de Tarifas, los clientes del Departamento de Salud del Condado de St. Mary pueden solicitar un plan de pago y/o una exención de tarifas adicionales debido a dificultades financieras o incapacidad de pago. Por favor, indique en qué asistencia está interesado:

Escala móvil de tarifa basada en los ingresos Sí / No

Plan de Pago Sí / No

Exención de Cargos Adicionales Sí / No

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Los clientes recibirán una carta de determinación por correo postal de los EE. UU. indicando el monto y la duración del descuento aprobado.

Esta sección será completada por la Oficina de Finanzas

To be completed by Business Office

Recomendación de la Oficina de Finanzas (marque todas las que correspondan)

Business Office Recommendation (Check all that apply)

_____ Programa de Escala Móvil de Tarifas / Sliding Fee Scale Program

_____ Eximir Cargos Adicionales / Additional Fee Waiver

Eximir costos totales / Total Fees to be Waived _____

_____ Plan de pago / Payment Plan

Cronograma acordado / Agreed Upon Schedule _____

Fechas de solicitud de asistencia financiera: / Financial Assistance Applicable Dates:

De: / From: _____ Hasta: / To: _____

¿Carta de aprobación enviada al cliente y copia adjunta en CureMD? Sí / No
client and uploaded in CureMD? Yes / No

Approval letter sent to

Firma de la Oficina Comercial: / Business Office Signature: _____ Fecha: / Date: _____