Patient Financial Services

Johns Hopkins Hospital
Johns Hopkins Bayview Medical Center
Howard General Hospital
Sibley Memorial Hospital
Suburban Hospital
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
Baltimore, MD 21211

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

Johns Hopkins Health System
Financial Assistance Application Requirements

Patient Name:
Medical Record Number
Reference Accounts:

Dear:

You or a family member requested a reduction on their bills related to care provided by The Johns Hopkins Medical Institution and its affiliated hospitals, we would like to assist with your request by conducting a reasonable assessment based on your current financial status. Please note that financial assistance does not apply to Elective, Non-Emergent Services, and is not applicable for non-essential services such as cosmetic surgery, convenience items, and private room accommodations. Non-residents of Maryland will only be considered based on special circumstances. All financial resources must be used before the Financial Assistance can be applied. This includes insurance, Medical Assistance, and all other entitlement programs for which the patient may qualify. If we determine that you are potentially eligible for Maryland Medical Assistance through the Department of Social Services ("DSS"), you will be required to apply for such assistance and provide a written denial from DSS before being considered for financial assistance. The income levels used to determine eligibility are based on the Federal Poverty Guidelines. We cannot guarantee that your Financial status will justify a reduction on balances owed, but we will make every effort to work with you in trying to resolve your account(s).

Financial Assistance does not cover:

- Charges for which a judgment has been entered by a court
- Pending third party liability claims such as worker's compensation, auto accident cases, etc...
- Services that would be covered by insurance if at another healthcare facility (you must comply with all insurance requirements to obtain coverage through our program) or for which you chose to not have your insurance billed
- Physician bills and bills from other providers such as ambulance, radiology, labs, etc... (You need to contact them directly.)

In order to expedite your request, we will need you to provide us with all required information no later than *twenty days* from receipt of this letter. Please complete the attached forms and return them along with the documentation as indicated below. If for any reason this cannot be completed within the allotted time frame, please contact (443) 997-0159 or (443) 997-3626 to communicate any questions or concerns, or send an Email to grp-PFSFin.AsstInquiries. Fax No: (443) 997-0026

Forms to include:

1. Maryland State Uniform Financial Assistance Application (attached)
2. Patient Profile Questionnaire (attached)
3. Medical Financial Hardship Application (attached), complete if medical expenses incurred over 12 months is greater than 25% of family income

Documentation to include:

1. Copy of last year's tax returns. (If married and filed separately, please provide copies of both returns).
2. Copy of your last three (3) pay stubs, letter from employer or proof of unemployment status.
4. Copy of social security award letter (if applicable)
5. Copy of the determination letter from Medical Assistance or Social Security.
6. Proof of monthly living expenses as recorded on your application such as copies of phone bills, BG&E bills, or rent/mortgage payments.
7. Copies of unpaid medical expenses.
8. Copy of all medical insurance cards.
9. Proof of U.S. citizenship such as an identification card, driver's license, birth certificate or proof of lawful permanent residence status (green card).

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

Maryland State Uniform Financial Assistance Application

Information about You

Name: _____
First Middle Last

Social Security Number_____-___-_____ Marital Status: Single Married Separated
US Citizen YES NO Permanent Resident: YES NO
Home Address:_____ Phone_____
_____
_____ _____
City State Zip Country

Employer Name: _____ Phone _____
Work Address: _____
_____
City State Zip

Household Members:

Name	Age	Relationship
		SELF

Have you applied for Medical Assistance YES NO
If yes, what was the date you applied? _____
If yes, what was the determination? _____

Do you receive any type of state or county assistance? YES NO

I Family Income

List the amount of your monthly income from all sources. You may be required to supply proof of income, assets, and expenses. If you have no income, please provide a letter from the person providing your housing and meals.

	Monthly Amount
Employment	_____
Retirement/Pension Benefits	_____
Social Security Benefits	_____
Public Assistance Benefits	_____
Disability Benefits	_____
Unemployment Benefits	_____
Veterans Benefits	_____
Alimony	_____
Rental Property Income	_____
Strike Benefits	_____
Military Benefits	_____
Farm or Self-Employment	_____
Other Income Source	_____
Total	_____

II Liquid Assets

	Current Balance
Checking Account	_____
Savings Account	_____
Stocks, Bonds, CD, or Money Market	_____
Other Accounts	_____
Total	_____

III Other Assets

If you own any of the following items, please list the type and approximate value.

Home Loan Balance Approximate Value
_____ Automobile Make
Year Approximate Value _____
Additional Vehicle Make Year Approximate Value
_____ Additional Vehicle Make
Year Approximate Value _____
other property Approximate Value
_____

Total _____

IV Monthly Expenses

	Amount
Rent or Mortgage	_____
Utilities	_____
Car payment(s)	_____
Credit Card(s)	_____
Car Insurance	_____
Health Insurance	_____
Other Medical Expenses	_____
Other Expenses	_____

Do you have any other unpaid medical bills? YES NO

For what service?_____

If you have arranged a payment plan? What are the monthly payments?_____

If you request that the hospital extend additional financial assistance, the hospital may request additional information in Order to make a supplemental determination. By signing this form, your certify that the Information provided is true and agree to notify the hospital of any changes to the information provided within ten days of the change.

_____ _____
Applicant Signature Date

_____
Relationship to Patient

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

PATIENT FINANCIAL SERVICES
PATIENT PROFILE QUESTIONAIRE

HOSPITAL NAME:

PATIENT NAME: PATIENT ADDRESS:
MEDICAL RECORD NO: ACCOUNT NO:
What is the patient's age? _____

2. is the patient a U.S. citizen or permanent resident? Yes or No

3. Is patient pregnant? Yes or No

4. Does patient have children under 21 years of age living at home? Yes or No

5. Is patient blind or is patient potentially disabled for 12 months or more from gainful employment? Yes or No

6. Is patient currently receiving SSI or SSDI benefits? Yes or No

7. Does patient (and, if married, spouse) have total bank accounts Alternatively, assets convertible to cash that do not exceed the follow amounts. Yes or No

Family Size:
Individual: $2,500.00
Two people: $3,000.00
For each additional family member, add $100.00
(Example: For a family of four, if you have total liquid assets of less than $3,200.00, you would answer, YES.)

8. Is patient a resident of the State of Maryland? Yes or No
If not a Maryland resident, in what state does patient reside?

9. Is patient homeless? Yes or No

10. Does patient participate in WIC? Yes or No

11. Does household have children in the free or reduced lunch program? Yes or No

12. Does household participate in low-income energy assistance program? Yes or No

13. Does patient receive SNAP/Food Stamps? Yes or No

14. Is the patient enrolled in Healthy Howard and referred to JHH? Yes or No

15. Does patient currently have?
Medical Assistance Pharmacy Only Yes or No
PAC coverage Yes or No

16. Is patient employed? Yes or No
If no, date became unemployed.
Eligible for COBRA health insurance coverage? Yes or No

Servicios Financieros al Paciente

Hospital de Johns Hopkins
Centro Médico de Johns Hopkins Bayview
Hospital General de Howard County

3910 Keswick Road
Baltimore, MD 21224-2780

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

Sistema de Salud de Johns Hopkins
Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre:
N° de Registro Médico:
Cuenta(s) de Referencia:

Fecha:

Estimado(a) _____:

Usted o un familiar ha solicitado una deducción en sus cuentas relacionadas con la atención recibida por el Instituto Médico de Johns Hopkins y sus afiliados. Nos gustaría asistirlo(a) con su solicitud mediante la realización de una evaluación razonable basado en su estado financiero actual. Por favor tenga en cuenta que la asistencia financiera no es aplicable a los servicios no esenciales, tales como cirugía estética, artículos de conveniencia y alojamiento de cuartos privados que no son medicamente necesarios. Las personas que no son residentes del Estado de Maryland, serán considerados solamente por circunstancias especiales. No podemos garantizarle que su situación financiera justificará la deducción sobre los saldos debidos, pero atentaremos todo esfuerzo para ayudarle a solucionar su/s cuenta (s).

Para poder expedir su solicitud, necesitaremos que usted proporcione toda la información requerida en no más que veinte (20) días del día que recibió esta carta.

Si por cualquier razón no puede completar esta solicitud en el tiempo asignado o tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con D.BROGDEN-LEON al (443) 997-3626.

Por favor complete la solicitud adjunta y devuélvala con la documentación proporcionada abajo:

Formularios que incluir:

1. Solicitud completada (original)
2. Cuestionario de Perfil del Paciente (adjunto)

Documentación que incluir:

1 Copia de las declaraciones de impuestos del año pasado. (Si es casado y presentaron por separado, por favor enviar copias de las dos declaraciones)
2 Copia de los últimos tres (3) recibos de pago, carta de su empleador o prueba de la condición de desempleo.
3 Carta de determinación de Asistencia Médica o Seguro Social. (copia)
4 Comprobante de identidad: Ej. certificado de nacimiento; tarjeta verde (residente permanente); permiso de trabajo; pasaporte; licencia de conducir del estado o su país, matrícula (copia)
5. Prueba de gastos de manutención mensual según consta en su solicitud, tales como las copias de las facturas de teléfono, cuentas de BG&E o de alquiler/pagos de hipoteca.
6. Otros gastos médicos (copias)
7. Carta de Premio de Seguro Social si califica potencialmente (copia)
8. Comprobante de Ciudadanía o Residencia Permanente.

Servicios Financieros al Paciente

Hospital de Johns Hopkins
Centro Médico de Johns Hopkins Bayview
Hospital General de Howard County

3910 Keswick Road
Baltimore, MD 21224-2780

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

Aplicación de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

Información Sobre Usted

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Nº de Seguro Social: ___ - ___ - ___ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a

Ciudadanía: Si No Residente Permanente: Si No

Domicilio: _____ # TEL: _____

_____

_____ _____
Ciudad Estado Código Postal País

Empleador: _____ # TEL: _____
Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Miembros de Casa

Nombre	Edad	Relación

¿Ha aplicado para Asistencia Médica? Si No
¿Si ha aplicado, qué fecha aplicó? _____
¿Fue aprobado/a o negado/a? _____

¿Ha recibido cualquier tipo de Asistencia por parte del Estado o del Condado? Si No

I. Ingresos Familiar

Anote la cantidad de su sueldo mensual de todas las fuentes de trabajo. Es posible que tenga que comprobar ingresos, bienes y gastos. Si no tiene ingresos, por favor sumita una carta de la persona que lo/a está manteniendo.

	Cantidad Mensual
Empleo	_____
Jubilación/Beneficios de Pensión	_____
Beneficio de Seguro Social	_____
Beneficios de Asistencia Pública	_____
Beneficios de Discapacidad	_____
Beneficios de Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensión de Mantenimiento	_____
Rentas de la Propiedad de Alquiler	_____
Beneficios de Huelga	_____
Beneficios Militares	_____
Empleo de granja o por cuenta propia	_____
Otros Ingreso Adicionales	_____
	_____
Total $	_____

II. Bienes Líquidos	Saldo Actual
Cuenta de Cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, Bonos, Cuenta Monetaria de Mercado, o Certificado de Depósito (CD)	_____
Otras cuentas	_____
	_____
Total $	_____

III. Otros Bienes

Si usted es dueño de cualquiera de los siguientes artículos, por favor escriba el tipo y valor aproximado.

Casa	Saldo del Préstamo _____		Valor Aprox. _____
Auto	Marca _____	Año _____	Valor Aprox. _____
Auto	Marca _____	Año _____	Valor Aprox. _____
Auto	Marca _____	Año _____	Valor Aprox. _____
Otra Propiedad			Valor Aprox. _____
			Total $ _____

IV. Gastos Mensuales	Cantidad
Alquiler o Hipoteca	_____
Utilidades	_____
Pago(s) de Auto	_____
Tarjeta (s) de Crédito	_____
Seguro de Auto	_____
Seguro de Salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
	_____
Total $	_____

¿Tiene otras cuentas médicas sin pagar? Si No

¿Para cuál servicio? _____

¿Si usted tiene un contrato de pago, cuánto es el pago mensual? _____

Si usted ha solicitado que el hospital extienda asistencia financiera adicional, el hospital podrá pedir información adicional para hacer una determinación suplemental. Mediante la firma de este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital sobre cualquier cambio de información dentro de los diez (10) días de la ocurrencia del cambio.

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

_____

Relación al Paciente

Servicios Financieros al Paciente

Hospital de Johns Hopkins
Centro Médico de Johns Hopkins Bayview
Hospital General de Howard County

3910 Keswick Road
Baltimore, MD 21224-2780

JOHNS HOPKINS
MEDICINE
THE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM

Servicios Financieros al Paciente
Cuestionario de Perfil del Paciente

Nombre del Paciente: _____

N° de Registro Médico: _____

1) ¿Cuál es la edad del paciente? _____

2) ¿Es el paciente un ciudadano o residente permanente? Si o No

3) ¿Está la paciente embarazada? Si o No

4) ¿Tiene el paciente niños menores de la edad de 21 años viviendo en casa? Si o No

5) ¿Es el paciente ciego o potencialmente discapacitado por lo menos 12 meses o mas afectando su empleo? Si o No

6) ¿Está el paciente recibiendo beneficios de SSI o SSDI? Si o No

7) ¿Tiene el paciente (y si casado, esposo/a) cuentas de banco o bienes convertibles a efectivo que no exceden las siguientes cantidades? Si o No

Tamaño de Familia

Individual: $2500.00

Dos Individuales: $3000.00

Agregue $100 por cada familiar adicional

(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si el total de sus bienes líquidas es menos que $3,200.00 usted contestaría SI)

8) ¿Es el paciente residente del Estado de Maryland? Si o No
Si no es Residente de Maryland, en qué estado vive? _____

9) ¿Es el paciente un indigente (sin techo)? Si o No

10) ¿Participa el paciente en WIC? Si o No

11) ¿Participan sus niños en el programa de almuerzo gratis o reducido? Si o No

12) ¿Participa su hogar en el programa de asistencia de energía para familia de bajo ingreso? Si o No

13) ¿Recibe el paciente SNAP/cupones de alimentos? Si o No

14) ¿Está el paciente inscrito en Healthy Howard y fue referido a JHH? Si o No

15) ¿Tiene el paciente
Asistencia médica sólo para farmacia? Si o No
Covertura de QMB / Covertura SLMB? Si o No
Covertura de PAC? Si o No

16) ¿Está el paciente empleado? Si o No
Si no, fecha en que se desempleó _____
¿Es elegible para cobertura del seguro de salud de COBRA? Si o No