NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio _____
Número y calle, N.° de apto. Ciudad Estado Código postal

N.° de teléfono (_____) _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ N.° de tel. del empleador _____

Ingresos: Detalle los ingresos combinados suyos, de su cónyuge y del resto del grupo familiar.

Tipo de ingresos	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salario		
Ingresos de trabajo por cuenta propia		
Asistencia Pública		
Seguro Social		
Desempleo/Compensación de los trabajadores		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Pensiones		
Ingresos de dividendos		
Total		

El hospital le exige que presente la documentación para justificar los ingresos que ha escrito arriba. Algunos ejemplos de esa documentación podrían ser recibo de pago, carta del empleador, si corresponde, el Formulario 1040, etc.

Tamaño de la familia: Familiares que viven en su grupo familiar.

Nombre	Edad	Relación

Nota: Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

ESTA SOLICITUD PUEDE PRESENTARSE EN EL HOSPITAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBROS.

UNA VEZ QUE HAYA ENVIADO AL HOSPITAL (A LA DIRECCIÓN DE ABAJO) UNA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, PUEDE DESESTIMAR CUALQUIER FACTURA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA TOMADO UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA, LEA LA DECLARACIÓN SIGUIENTE Y FIRME ABAJO DONDE SE INDICA.

POR LA PRESENTE, PIDO QUE EL NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL DETERMINE POR ESCRITO MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO SOBRE MIS INGRESOS ANUALES Y EL TAMAÑO DE MI FAMILIA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR EL HOSPITAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ES FALSA, DICHA DETERMINACIÓN DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE LA AYUDA FINANCIERA Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE LAS TARIFAS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS, AUTORIZO AL NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN DE ESTA SOLICITUD.

Fecha _____ Firma del solicitante _____ N.° de cuenta _____

La solicitud completada deberá enviarse a:

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Attn: Financial Aid Department
O por FAX al (516) 801-8504.