NEW-YORK PRESBYTERIAN HUDSON VALLEY HOSPITAL
SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

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

Dirección _____
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 de su grupo familiar (es decir, el suyo, el de su cónyuge y el de todos los demás miembros del grupo familiar) provenientes de lo siguiente:

Tipo de ingreso	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salario		
Ganancias obtenidas como trabajador independiente		
Asistencia pública		
Seguridad Social		
Indemnización por desempleo/por accidentes de trabajo		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Pensiones		
Ingresos de dividendos		
Total		

El hospital solicita que envíe documentación para justificar los ingresos que ha detallado anteriormente. La documentación puede incluir, a modo de ejemplo, recibos de sueldo, una carta del empleador (si corresponde), el Formulario 1040, etc.

Tamaño de la familia: integrantes de la familia que viven en su hogar:

Nombre	Edad	Parentesco

Nota: Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

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

UNA VEZ QUE HAYA ENVIADO LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA AL HOSPITAL A LA DIRECCIÓN QUE APARECE MÁS ABAJO, PUEDE DESESTIMAR CUALQUIER FACTURA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA TOMADO UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE DE SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA, LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y FIRME EN EL LUGAR QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN.

POR LA PRESENTE, SOLICITO QUE EL NEWYORK-PRESBYTERIAN HUDSON VALLEY HOSPITAL TOME UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO CON RESPECTO A MIS INGRESOS ANUALES Y LA CANTIDAD DE INTEGRANTES DE MI FAMILIA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE, SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ES FALSA, DICHA DETERMINACIÓN DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y YO PODRÍA SER RESPONSABLE DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DETALLADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS, AUTORIZO A NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

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

La solicitud cumplimentada deberá enviarse a:

NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital
Departamento de Cuentas de Pacientes
1980 Crompond Road
Cortlandt Manor, NY 10567
O por FAX a: 914-734-3578