

**NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA**

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

Dirección _____
 Número y calle, n.º de apto. Ciudad Estado Código postal

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

Dirección del empleador _____ N.º 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.

Cantidad de integrantes de la familia - integrantes de la familia que viven en su hogar:

| Nombre | Edad | Relación de 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 UNA 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 NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL TOMÉ UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE MI ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO CON RESPECTO A MIS INGRESOS ANUALES Y LA CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA 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.º de cuenta _____

La solicitud completada deberá enviarse a:

NewYork-Presbyterian Patient Financial Services
 100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753
 Att.: George Plunkett
 O por FAX al: (516) 801-8504