

NEWYORK – PRESBYTERIAN HOSPITAL
REQUERIMENTO PARA AJUDA FINANCEIRA

Nome do paciente _____ Data de nascimento _____
Sobrenome Nome Iniciais do meio

Endereço _____
Número e rua, apto. nº Cidade Estado CEP

Nº telefone (____) _____ Ocupação _____ Empregador _____

Endereço do trabalho _____ Tel. do empregador _____

Renda – Informe a origem da renda conjunta relativa a you, spouse and other persons in the home:

Tipo de renda	Total, últimos 3 meses	Total, últimos 12 meses
Salários		
Rendimentos de profissional autônomo		
Assistência pública		
Seguro Social		
Indenização por doença ou acidente de trabalho/desemprego		
Pensão alimentícia		
Pensão alimentícia/filhos		
Pensões		
Rendimentos de dividendos		
Total		

O Hospital solicita que você envie os documentos que comprovam a renda informada acima. Exemplos dessa documentação: contracheques, atestado do empregador, se for o caso, Formulário 1040 etc.

Tamanho da família - Membros da família que moram na casa:

Nome	Idade	Parentesco

Nota: anexe outra folha se precisar de mais espaço.

ESTE REQUERIMENTO PODE SER ENVIADO PARA O HOSPITAL EM QUALQUER FASE DO PROCESSO DE FATURAMENTO E COBRANÇA.

DEPOIS DE ENVIAR UM REQUERIMENTO COMPLETO E OS DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO PARA O ENDEREÇO DO HOSPITAL FORNECIDO ABAIXO, IGNORE AS CONTAS QUE RECEBER ATÉ QUE O HOSPITAL TENHA TOMADO UMA DECISÃO, POR ESCRITO, SOBRE O SEU REQUERIMENTO.

PARA ENVIAR ESSE REQUERIMENTO PARA AJUDA FINANCEIRA, LEIA A DECLARAÇÃO A SEGUIR E ASSINE ABAIXO NO LOCAL INDICADO.

EU, POR MEIO DESTA, SOLICITO QUE O NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL FAÇA UMA DETERMINAÇÃO ESCRITA DA MINHA QUALIFICAÇÃO PARA AJUDA FINANCEIRA. EU ENTENDO QUE AS INFORMAÇÕES QUE EU ENVIAR SOBRE MINHA RENDA ANUAL E O TAMANHO DA MINHA FAMÍLIA ESTÃO SUJEITAS A CONFIRMAÇÃO PELO HOSPITAL. ENTENDO TAMBÉM QUE, SE FOR DETERMINADO QUE UMA INFORMAÇÃO POR MIM ENVIADA É FALSA, ESSA DETERMINAÇÃO ACARRETERÁ A RECUSA DA AJUDA FINANCEIRA, E EU PODEREI SER OBRIGADO A PAGAR PELOS SERVIÇOS PRESTADOS. DECLARO, PARA TODOS OS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS. DECLARO AINDA QUE AUTORIZO PELO PRESENTE QUE O NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL CONFIRA AS INFORMAÇÕES PERTINENTES A ESTE REQUERIMENTO.

Data _____ Assinatura do candidato _____ .Nº da conta _____

O requerimento preenchido deve ser enviado para:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

At.: George Plunkett

100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753

Ou pelo FAX: (516) 801-8504