

**NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

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

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

Teléfono (____) _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ Teléfono del empleador _____

Ingresos: detalle los ingresos combinados suyo, 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		
Ganancias de trabajo por cuenta propia		
Asistencia Pública		
Seguro Social		
Compensación de los trabajadores/por desempleo		
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. Los ejemplos de documentación podrían incluir, a modo de ejemplo, 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 UNA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE AL HOSPITAL EN LA DIRECCIÓN DE ABAJO, 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 NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL DETERMINE POR ESCRITO MI ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO SOBRE MIS INGRESOS ANUALES Y TAMAÑO 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 AYUDA FINANCIERA Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA 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 Hospital Patient Financial Services

Att: George Plunkett

100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753

O por FAX a: (516) 801-8504