

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
SOLICITUD PARA RECIBIR ATENCIÓN DE CARIDAD / AYUDA ECONÓMICA

Nombre del paciente _____ Seg. Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre de pila Inicial

Dirección _____
Número y calle, apart. # Ciudad Estado Código postal

Núm. de teléfono (____) _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ Tel. del empleador _____

Ingresos – Enumere los ingresos combinados de usted, su cónyuge y todos los otros miembros de la familia en:

Tipo de ingresos	Total los últimos 3 meses	Total los últimos 12 meses
Salario		
Ganancias por empleo propio		
Ayuda pública		
Seguridad social		
Compensación por desempleo /del trabajador		
Pensión alimenticia		
Mantenimiento infantil		
Pensiones		
Ingreso de dividendos		
Recursos (cuentas bancarias, inversiones, préstamos, etc.)		
Total		

El hospital le solicita que presente documentación que corrobore los ingresos que indicó arriba. Entre los ejemplos de la documentación pueden estar los talones de pago, carta del empleador si corresponde, Formulario 1040, etc.

Tamaño de la familia - Miembros de la familia que viven en su hogar:

Nombre	Edad	Parentesco

Nota: Añada una hoja adicional si necesita más espacio.

ESTA SOLICITUD SE LE PUEDE PRESENTAR AL HOSPITAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO.

UNA VEZ QUE HAYA PRESENTADO LA SOLICITUD LLENA Y LOS DOCUMENTOS DE CONFIRMACIÓN AL HOSPITAL A LA DIRECCIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN, PUEDE PASAR POR ALTO CUALQUIER CUENTA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA EMITIDO UNA DECISIÓN POR ESCRITO RELACIONADA CON SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE CARIDAD / AYUDA ECONÓMICA, LEA LA MANIFESTACIÓN QUE SIGUE Y FIRME DONDE SE INDICA MÁS ABAJO.

POR MEDIO DEL PRESENTE SOLICITO QUE EL HOSPITAL NEW YORK-PRESBYTERIAN TOME UNA DETERMINACIÓN POR ESCRITO DE MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ATENCIÓN DE CARIDAD / AYUDA ECONÓMICA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA POR MÍ RELACIONADA CON MIS INGRESOS ANUALES Y EL TAMAÑO DE LA FAMILIA ESTÁ SUJETA A SER VERIFICADA POR EL HOSPITAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA POR MÍ ES FALSA, DICHA DETERMINACIÓN DARÁ COMO RESULTADO QUE ME NIEGUEN LA ATENCIÓN DE CARIDAD / AYUDA ECONÓMICA Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS QUE YA ME HAYAN PROPORCIONADO. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y ESTÁ CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIÉN, POR EL PRESENTE LE DOY PERMISO AL HOSPITAL NEW YORK-PRESBYTERIAN PARA QUE VERIFIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SEA PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

Fecha _____ Firma del solicitante _____ Número de cuenta _____

Se debe mandar la aplicación después de llena a: NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Attn: Jerome Fields

Reviewed: February 2025