

For Administrative use only

Facility _____

Account # _____

Med.Rec# _____

Solicitud de asistencia financiera

(Anexo A)

For Administrative use only

Patient Type _____

Amount of W/O \$ _____

Method of Calculation _____

I. Datos demográficos del pacienteNombre del paciente: _____
(Apellido) (1.º nombre) (2.º nombre) (N.º de Seg. Social: **NO ES OBLIGATORIO**)(Fecha de nac.)Garante Nombre: _____
(Apellido) (1.º nombre) (2.º nombre) (N.º de Seg. Social: **NO ES OBLIGATORIO**) (Fecha de nac.)Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

II. Información del hogar

Estado civil del paciente: (Encierre una opción en un círculo)	Casado(a)	Soltero(a)	Separado(a)	Número total de integrantes del hogar:
--	------------------	-------------------	--------------------	---

Nombre del cónyuge y del(de los) dependiente(s): (Adjunte hoja aparte para dependientes adicionales)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (NO ES OBLIGATORIO)

III. Información del empleo actual

Nombre del empleado (paciente, garante, cónyuge o dependiente):	Nombre del empleador, dirección y fechas de empleo
	Fecha de contratación:
	Fecha de contratación:
	Fecha de contratación:

IV. Información del seguro (Adjunte hoja aparte para información adicional del seguro)

¿Está cubierto o está presentando una solicitud para algún seguro médico (que incluye Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o Healthy NY)?	SÍ	NO
En caso afirmativo, explique: (incluya nombre de la compañía de seguros, dirección, número de teléfono, número de póliza/grupo e información del suscriptor)		

V. Otra información

¿Se debe el tratamiento a un accidente o a una lesión?	SÍ	NO
En caso afirmativo, indique fecha del accidente:		
Breve descripción del accidente:		
Calle, ciudad y estado del accidente:		
¿Estará implicado un seguro de propietario de vivienda o de responsabilidad civil?		

NO TIENE QUE HACER NINGÚN PAGO AL HOSPITAL HASTA QUE ESTE LE ENVÍE UNA CARTA CON LA DECISIÓN QUE TOMÓ ACERCA DE SU SOLICITUD.

Solicitud de asistencia financiera

(Anexo B)

VI. Estado financiero

Escriba los totales correspondientes a paciente, garante, cónyuge y dependientes: (Agregue hojas adicionales, si fuera necesario)

INGRESOS MENSUALES:	CANTIDAD:
Salarios brutos, sueldos, propinas	\$
Seguro Social	\$
Discapacidad	\$
Desempleo	\$
Manutención de menores	\$
Pensión alimenticia/manutención conyugal	\$
Ingresos por alquileres	\$
Ingresos por propiedades	\$
Jubilación	\$
Dividendos/intereses	\$
Otros ingresos (especifique):	
	\$
	\$
	\$

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que antecede es verdadera y exacta hasta donde tengo conocimiento. Comprendo que proporcionar información fraudulenta o engañosa hará que no sea elegible para recibir asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información que se necesite para verificar la información que proporcioné y para fines de facturación y cobros en cumplimiento de las leyes federales y estatales correspondientes. Además, presentaré solicitudes para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro médico, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis cargos hospitalarios y adoptaré cualquier medida que se estime razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y cederé o pagaré al hospital la cantidad que recupere por cargos hospitalarios.

Comprendo que se presenta esta solicitud para que el hospital pueda determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera con base en los criterios establecidos en el expediente que tiene el hospital.

Además, acepto dar la información adicional que se me solicite, con el fin de determinar mi elegibilidad. Acepto informar a NYU Hospitals sobre cualquier cambio en mis necesidades, mi elegibilidad de seguro médico, mis ingresos, mis propiedades, mis condiciones de vida o mi dirección, cuando se presente.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Firma del entrevistador: _____ Fecha _____

NO TIENE QUE HACER NINGÚN PAGO AL HOSPITAL HASTA QUE ESTE LE ENVÍE UNA CARTA CON LA DECISIÓN QUE TOMÓ ACERCA DE SU SOLICITUD.