

Gracias por preguntar por el programa de ayuda económica de FGP. El programa de ayuda económica de FGP da descuentos a las personas de bajos ingresos que no tengan seguro médico o que hayan agotado sus beneficios del seguro médico y que cumplan directrices específicas de ingresos para servicios elegibles. Tenga en cuenta que los pacientes que reciban atención en NYU Langone Health Faculty Group Practice (FGP) serán responsables de cualquier costo de bolsillo aplicable que se asocie a su tratamiento. Esto incluye copagos, coseguro o deducibles, según especifique su plan de seguro. Las exclusiones para el programa de ayuda económica de FGP incluyen, entre otras, servicios que no estén cubiertos y procedimientos optativos para pacientes inscritos en planes de seguro con los que los proveedores no tengan contrato.

Para ser elegible para presentar una solicitud, debe vivir en el estado de Nueva York o en el estado en que se prestaron los servicios, y ser ciudadano americano o residente legal. Además, no debe tener cobertura de seguro o debe tener que pagar los gastos de bolsillo aplicables dentro de la red, asociados a su tratamiento.

Todas las secciones de la solicitud de ayuda económica deben completarse en su totalidad. Su solicitud y documentación de apoyo se revisarán usando el nivel federal de pobreza.

**La solicitud, junto con la documentación de apoyo, deben entregarse en un plazo de 14 días laborables. Si una solicitud está incompleta o faltan documentos, la misma no se considerará.**

Para asegurar el procesamiento oportuno, **envíe toda la documentación solicitada en un plazo de 14 días laborables.**

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundónombre)		Fecha de solicitud	
Dirección		Ciudad	Estado
Teléfono de casa  Preferido <input type="checkbox"/>		Teléfono del trabajo  No hay teléfono del trabajo en el archivo. Preferido <input type="checkbox"/>	Teléfono celular  (      ) Preferido <input type="checkbox"/>
SSN	Fecha de nacimiento	Estado civil  <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Cuál es su situación laboral actual?  <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Por temporada _____ ( <i>especifique el período</i> ) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante de educación superior a tiempo completo <input type="checkbox"/> Otra:  <b>Cónyuge - ¿Cuál es su situación laboral actual?</b>  <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Por temporada _____ ( <i>especifique el período</i> ) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante de educación superior a tiempo completo <input type="checkbox"/> Otra:  <b>Último día en que trabajó (si corresponde)</b>		Garante - ¿Cuál es su situación laboral actual?  <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Por temporada _____ ( <i>especifique el período</i> ) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante de educación superior a tiempo completo <input type="checkbox"/> Otra:  <b>Escriba:</b> Su salario mensual/Sus ingresos por desempleo/discapacidad o del Seguro Social Su pensión/Licencia remunerada  <b>Comentarios:</b>	
		Tamaño del grupo familiar	Ingresos totales del grupo familiar
		Situación legal:  <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado	

**Los documentos que se piden abajo son necesarios para proceder con el proceso de revisión. Entregue los que le correspondan.**

1. Declaración de impuestos 1040 más reciente, que incluya un comprobante del tamaño del grupo familiar (*para todos los solicitantes*)
2. Copias de sus cheques de pago consecutivos de los últimos dos meses (2 cheques si le pagan bisemanalmente, o 4 cheques si le pagan semanalmente)
3. Formularios W2 o 1099 más recientes para solicitantes que sean trabajadores independientes  
*(Nota: Esto es válido solamente para los primeros seis meses del año).*
4. La documentación sobre desempleo debe incluir el nombre completo del solicitante y la cantidad del beneficio semanal.
5. Una carta notarizada de la condición de desempleo que especifique la cantidad del pago mensual en efectivo que esté recibiendo.
6. Carta de suspensión/terminación del empleo, con fechas.
7. Expediente académico actual de la escuela para los estudiantes a tiempo completo de educación superior o universitarios.
8. Ingresos de jubilación (*p. ej., pensiones 401(k) o IRA*).
9. Carta de verificación de beneficios del Seguro Social.

#### **CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. También certifico que la información proporcionada en la solicitud coincide con mis documentos de apoyo. Entiendo que dar información falsa o engañosa hará que no sea elegible para la ayuda económica. *Entiendo que el proceso no podrá comenzar si la solicitud está incompleta o si faltan documentos de apoyo.* Autorizo a que se revele cualquier información necesaria para verificar los datos proporcionados y para fines de facturación y cobros según las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que esta solicitud se presenta para que Faculty Group Practice pueda determinar mi elegibilidad para recibir ayuda económica basándose en los criterios establecidos en el expediente.

Además, acepto dar la información adicional que se pida para determinar la elegibilidad en un plazo de 14 días. Acepto informar a NYU Langone Health Faculty Group Practice (FGP) de cualquier cambio en mis necesidades, mi elegibilidad para un seguro, mis ingresos, mis propiedades, mi situación de vida o mi dirección, si se produce alguno.

**Firmando abajo, reconozco que la información que di es correcta, en la medida de mis capacidades.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del garante (si no es el paciente):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Importante: La solicitud se considerará incompleta si no está firmada y fechada.**

Envíe la solicitud completada y los documentos de apoyo usando cualquiera de los métodos de abajo:

- Envíe un mensaje y adjunte todos sus documentos mediante su cuenta de MyChart a NYU Langone Physician Billing
- Correo:  
NYU GROSSMAN SCHOOL OF MEDICINE  
FACULTY GROUP PRACTICE  
P.O. BOX 415662  
BOSTON, MA 02241
  - N.º de fax: 646-754-7566
  - Email: [NYUPatientBilling@nyulangone.org](mailto:NYUPatientBilling@nyulangone.org)

**Comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente llamando al 877-648-2964 si tiene preguntas sobre su solicitud.**