

**NYU Langone Health Faculty Group Practice**  
**Solicitud de ayuda económica**

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 notariada 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.**