

Solicitud uniforme de ayuda económica para hospitales del estado de Nueva York

Usted puede ser elegible para recibir ayuda económica en el hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está vencido o si tiene un seguro médico, pero tiene prueba de gastos médicos pagados que suman más del 10 % de sus ingresos. Completando este formulario se iniciará su solicitud de ayuda económica en el hospital. Este formulario se usa en todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe estar impresa en los idiomas principales¹ que hablen los pacientes que se atienden en el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o es un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

Información de la familia:

Haga una lista de todos los miembros de su grupo familiar abajo. Su grupo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, debe incluir a todas las personas que se incluyen en la misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos significa sus ingresos **antes** de que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (Seguro Social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia social temporal y Seguridad de Ingreso Suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actual)

¹ “Los idiomas principales” incluyen cualquier idioma que se use para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital, según se calcula usando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementado con datos de los sistemas escolares.

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un comprobante de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado por medio de su empleador o adquirido por su cuenta?

☐ Sí

☐ No

Si respondió "No", ¿quisiera recibir ayuda para enviar una solicitud para alguno de estos programas?

☐ Sí

☐ No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos altos.

Si tiene seguro, dé un cálculo de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de gastos médicos pagados.

Paciente/persona responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre/madre, representante legal).

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación por fuentes externas. Declaro que la información es verdadera y completa hasta donde yo sé.

Nombre en letra de molde	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	