

Solo para uso administrativo  
Centro **Long Island Community**

N.º de cuenta \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica \_\_\_\_\_

## Solicitud de asistencia económica (Anexo A)

Solo para uso administrativo

Tipo de paciente \_\_\_\_\_

Monto de W/O \$ \_\_\_\_\_

Método de cálculo \_\_\_\_\_

### I. Información demográfica del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (n.º del Seguro Social – **NO ES OBLIGATORIO**) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (n.º del Seguro Social – **NO ES OBLIGATORIO**) (Fecha de nacimiento)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

### II. Información del grupo familia

Estado civil del paciente: <i>(marque con un círculo una de las opciones)</i>	Casado	Soltero	Separado	Cantidad de integrantes del grupo familiar

Nombre del cónyuge y dependientes: <i>(Adjunte una hoja por separado si hay más dependientes)</i>	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (NO ES OBLIGATORIO)

### III. Información laboral actual

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

### IV. Información del seguro *(Adjunte hojas por separado si hay más información del seguro)*

¿Tiene o solicitó cobertura de seguro médico (incluidos planes de Medicaid y de New York State of Health)?	SI	NO
Si la respuesta es sí, explique: <i>(incluya el nombre de la compañía de seguro, dirección, número de teléfono, número de póliza/grupo e información del suscriptor)</i>		

### V. Otra información

¿El tratamiento que recibió es el resultado de un accidente o una lesión?	SI	NO
Si la respuesta es sí, indique la fecha del accidente:  Breve descripción del accidente:  Calle, ciudad y estado donde se produjo el accidente:  ¿Estará involucrado un seguro del propietario o de responsabilidad civil?		

**NO TIENE QUE HACER NINGÚN PAGO AL HOSPITAL HASTA QUE EL HOSPITAL LE ENVÍE UNA CARTA CON LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD**

## Solicitud de asistencia económica

(Anexo B)

### VI. Declaración financiera

Ingrese los totales por paciente, garante, cónyuge y dependientes: (Agregue hojas adicionales si es necesario)

INGRESO MENSUAL:	MONTO:
Sueldos brutos, salarios, propinas	\$
Seguro Social	\$
Discapacidad	\$
Desempleo	\$
Manutención de menores	\$
Pensión alimentaria	\$
Ingreso por rentas	\$
Ingreso por propiedades	\$
Pensión	\$
Dividendos/Intereses	\$
Otros ingresos (especifique):	
	\$
	\$
	\$

### CERTIFICACIÓN

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que la provisión de información fraudulenta o engañosa hará que no sea elegible para recibir asistencia económica. Autorizo la divulgación de la información que sea necesaria para verificar la información provista y para facturar y cobrar de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Además, presentaré una solicitud para recibir la asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que esté disponible para el pago de mis cargos del hospital; asimismo, tomaré todas las medidas que sean razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia y cederé o pagaré al hospital el monto recuperado por los cargos del hospital.

Comprendo que esta solicitud se realiza para que el hospital pueda determinar mi elegibilidad para recibir asistencia económica en función de los criterios establecidos que figuren en el hospital.

Además, acepto brindar la información adicional que me soliciten para determinar la elegibilidad. Acepto informar a Long Island Community Hospital si hay algún cambio en mis necesidades, elegibilidad para el seguro, ingreso, propiedades, arreglos de vivienda o dirección en cuanto suceda.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NO TIENE QUE HACER NINGÚN PAGO AL HOSPITAL HASTA QUE EL HOSPITAL LE ENVÍE  
UNA CARTA CON LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD**

# Long Island Community Hospital

Se adjunta la solicitud de asistencia económica de Long Island Community Hospital:

## PROCESO PARA SOLICITAR ASISTENCIA ECONÓMICA:

1. Complete la solicitud adjunta en su totalidad.
2. Entregue la aplicación completa dentro de los 30 días en:

Long Island Community Hospital  
101 Hospital Road  
Patchogue, NY, 11772  
Attn: Financial Counseling

3. Una vez que se hayan recibido todos los elementos, se revisará su solicitud y se lo notificará de la determinación por escrito dentro de los 30 días.

## **IMPORTANTE**

- Esta solicitud de asistencia económica es para cargos del hospital y no cubre los cargos de médicos o de otros profesionales.
- Los cargos por habitación privada u otros cargos personales no están cubiertos en virtud del programa de asistencia económica.
- Los servicios electivos cubiertos por seguros no aceptados por Long Island Community Hospital no están cubiertos en virtud del programa de asistencia económica.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al (631) 687-4653.

Atentamente,

Asesoramiento financiero

**NO TIENE QUE HACER NINGÚN PAGO AL HOSPITAL HASTA QUE EL HOSPITAL LE ENVÍE  
UNA CARTA CON LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD**