



Maimonides

MEDICAL CENTER

4802 Tenth Avenue, Brooklyn, NY 11219

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN, PRUEBA DE INGRESOS Y PRUEBA DE ACTIVOS DEBEN ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD.
MANDE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS PEDIDOS. NO MANDE DOCUMENTOS ORIGINALES COMO NO LE SERÁN DEVUELTOS.

SECCIÓN I – Datos Personales

1. Nombre de paciente: _____

Apellido
primer nombre
segundo nombre
2. Número de Seguridad Social: _____ -- _____ -- _____
3. Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

mes
día
año
4. Fecha de primer servicio: _____ / _____ / _____

mes
día
año
5. Fecha pedida de servicio: _____ / _____ / _____

mes
día
año
6. Dirección de calle del paciente: _____
7. Ciudad, Estado y Código Postal: _____
8. Número de Teléfono: _____
9. Tamaño de Familia * (Número): _____
10. Ciudadanía de EE.UU: Sí No Pendiente Solicitud
11. Prueba de Identificación: Papeles de ciudadanía, Pasaporte, Acta de Nacimiento, Licencia de Conducir _____
12. Prueba de Residencia: (Facturas de servicios públicos, Recibos recientes de alquiler) _____

SECCIÓN II – Criterio de Activos

Cuando determinando elegibilidad de asistencia de cuidado en el hospital, los activos de un adulto incluye los activos de su esposo/a; los activos de un niño menor de edad incluyen los de sus padres y/o guardián legal con quien vive el niño.

12. Activos del Individuo: _____
13. Activos de Esposo/a, Padres o Guardián (si aplicable): _____
14. Activos incluyen:

A. Dinero en efectivo	_____
B. Cuentas de Ahorros	_____
C. Cuentas Corrientes	_____
D. Certificados de Depósitos	_____
E. Acciones en Bienes Raíces (fuera de la residencia primaria)	_____
F. Otros Activos (Bonos de Tesoro, documentos negociables, acciones y bonos corporativos)	_____
G. Total	_____

* Tamaño de familia incluye usted, esposo/a que vive con paciente, y dependientes de paciente o del esposo/a de paciente. Una mujer embarazada se cuenta como dos miembros de la familia. Para pacientes que son menores de edad, el tamaño de familia incluye el menor de edad, padres que viven con el paciente y los dependientes de tal padres.
(Financial Assistance Application/Spanish)

SECCIÓN III –Criterio de Ingresos

Cuando determinando la elegibilidad por asistencia de cuidado en el hospital, los ingresos de un adulto incluye los de su esposo/a; los ingresos de un niño menor de edad incluye los ingresos de sus padres y/o guardián legal con quien el niño reside.

PRUEBA DE INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD

Los ingresos se basan en la calculación de los ingresos de las últimas cuatro semanas antes de la fecha de servicio.

15. Fuentes de ingresos:

- A. Salario / Sueldo antes de Deducciones
(talones de cheques de las últimas cuatro semanas) _____
- B. Asistencia Pública _____
- C. Beneficios de Seguridad Social _____
- D. Desempleo _____
- E. Beneficio de Veterano _____
- F. Pensión Alimenticia / Manutención de los Hijos _____
- G. Otro apoyo monetario _____
- H. Pago de Pensión _____
- I. Pago de Seguros o Anualidad _____
- J. Dividendos / Interés _____
- K. Ingresos de Alquiler _____
- L. Ingresos Netos de Negocio (trabajador autónomo /
Verificado por un fuente independiente) _____
- M. Otro (beneficios de huelga, vínculos de entrenamiento,
asignaciones militares de familia, ingresos de
patrimonios y fideicomisos) _____
- N. Total _____

SECCIÓN IV – Certificación Por Solicitante

Yo entiendo que la información que yo presento es sujeto a la verificación de la facultad apropiada de cuidado de salud. El falseamiento deliberado de estos hechos me hará responsable por todos los cobros del hospital. Si la facultad de cuidado de salud me lo pida, solicitaré por asistencia médica privada o del gobierno para pagar la cuenta del hospital.

Yo certifico que la información arriba en cuanto al tamaño de mi familia, mis ingresos y activos es verdad y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad avisarle al hospital de cualquier cambio en situación con respecto a mis ingresos o activos.

16. Firma del Paciente o de Representante Legal: _____

17. Fecha: _____/_____/_____
MES DÍA AÑO

Con la presentación de la solicitud llenada, incluso información o documentación necesarios para determinar elegibilidad, favor de ignorar cualquier factura hasta que Maimonides haya tomado una decisión sobre aceptar o denegar la solicitud.