***Aplicación para ayuda financiera***

N.º de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Mes Día Año

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número, calle y n.º de apto. Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingresos: Indique los ingresos combinados suyos, de su cónyuge y de todos los demás miembros del hogar provenientes de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fuente de ingresos mensuales brutos** | **Ingresos del paciente** | **Ingresos del cónyuge** |
| Empleo remunerado / trabajo autónomo |  |  |
| Compensación por desempleo |  |  |
| Beneficios del Seguro Social |  |  |
| Pensión |  |  |
| Indemnización por incapacidad / por accidente laboral |  |  |
| Pensión alimenticia / manutención infantil |  |  |
| Dividendos / intereses / alquileres |  |  |
| Cualquier otro ingreso |  |  |
| **Total** |  |  |

Como condición para la concesión de la ayuda financiera, se requiere que presente pruebas de los ingresos / recursos: es decir: 1) Talones de pago

2) Otra documentación solicitada para justificar los ingresos del hogar

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_\_\_ Enumere los miembros de la familia que viven en su hogar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **EDAD** | **RELACIÓN** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

\*NOTA: Por favor, adjunte otra hoja si necesita espacio adicional

Entiendo que la información que presento sobre mis ingresos brutos y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte del hospital. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación dará lugar a una denegación de la ayuda financiera y seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Si mi solicitud fue aprobada basándose en la misma información, la determinación de elegibilidad será revocada y seré responsable de todos los cargos por todos los servicios proporcionados.

Afirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Además, por la presente doy mi permiso a Brookdale Hospital Medical Center para verificar cualquier información pertinente a esta solicitud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la Oficina Financiera al (718) 240-5240.

Si ha recibido una o varias facturas del hospital, marque aquí: \_\_\_\_ Puede ignorar cualquier otra factura hasta que el Hospital haya tomado una decisión sobre la solicitud.

**Por favor, envíe el formulario con toda la información y los anexos a** **Financial Investigations Office - 4th Floor- Snapper Building**