



13 51 Route 55

Suite 104

LaGrangeville, NY 12540-5137

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Hoja de trabajo financiera del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Número de historia clínica: _____ Cuentas: _____

PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____ Nombre del cónyuge: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad o estado: _____ Ciudad o estado: _____

Código postal: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo (si es diferente a la anterior) _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número total de dependientes en el hogar, incluido usted: _____

Nombres de los dependientes _____

¿Alguna otra persona contribuye financieramente con la familia? No ____ Sí \$ _____ (cantidad)

INGRESO BRUTO MENSUAL (indique todas las fuentes de ingresos)

Paciente o garante: \$ _____

Cónyuge: \$ _____

Otro ingreso de parte de dependientes legales \$ _____

INGRESO BRUTO TOTAL \$ _____

ACTIVOS (NO SE CONSIDERARÁN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA, PERO SE USARÁN SI TAMBIÉN SOLICITA MEDICAID)

Cuentas de ahorro: \$ _____

Cuentas corrientes: \$ _____

Otras cuentas bancarias: \$ _____

Otros activos (enumere) \$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

INGRESO MENSUAL QUE CALIFICA \$ _____

TAMAÑO DE LA FAMILIA QUE CALIFICA _____

Certifico que, a mi entender, todas las respuestas de este formulario son verdaderas y están completas.

Firma: _____ Fecha: _____

Quando haya presentado la solicitud completa y la documentación necesaria, existe una posibilidad de que reciba una cuenta en el correo, mientras se procesa la solicitud. Usted no es responsable por esa cuenta mientras se procesa su solicitud, pero llámenos al 845-475-9940.