

Brookdale University Hospital and Medical Center

Solicitud de ayuda financiera

N.º de cuenta del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

Nombre del paciente _____, _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer nombre Inicial Mes Día Año

Dirección _____ Teléfono: _____
Número, calle y apt. # Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

N.º de teléfono: _____ Ocupación: _____ Correo electrónico: _____

Ingresos: Indique los ingresos combinados para usted, su cónyuge y los demás miembros del hogar de:

Fuente de ingresos brutos mensuales	Ingresos del paciente	Ingreso del cónyuge
Sueldo por empleo/trabajo independiente		
Compensación por desempleo		
Beneficios del Seguro Social		
Pensión		
Discapacidad/indemnización del trabajador		
Pensión de alimentos o manutención infantil		
Dividendos/intereses/alquileres		
Demás ingresos		
Total		

Como condición para proporcionar ayuda financiera, debe presentar prueba de ingresos/recursos: por ejemplo: 1) Formulario 1040 {declaraciones de impuesto a la renta individual de EE. UU.} 2) Talones de pago 3) Otra documentación solicitada para corroborar 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: Adjunte otra hoja si necesita espacio adicional.

Por este medio declaro que comprendo que la información que presento con respecto a mis ingresos brutos y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte del hospital. También comprendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación dará como resultado la denegación de la Ayuda financiera y seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Si se recibe aprobación basada en la misma información, la determinación de elegibilidad se revocará y seré responsable de todos los cargos para los cuales se prestó servicios.

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

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Nombre en imprenta: _____

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Funcionario Financiero al (718) 240-5240. Si ha recibido una o más facturas del hospital, marque aquí: ____ No tiene que realizar ningún pago al hospital hasta que el hospital le envíe una carta con su decisión sobre su solicitud.

Envíe el formulario completado y los anexos a: Brookdale University Hospital and Medical Center/Atención: Financial Investigations Office/ 1 Brookdale Plaza / Fourth Floor - Snapper Building / Brooklyn, NY 11212