

NEW YORK COMMUNITY HOSPITAL

Servicios financieros para pacientes
265 Post Avenue Ste 200
Westbury, NY 11590

Estimado(a) paciente:

Adjunto encontrará una Solicitud de atención de beneficencia. Usted puede solicitar atención de beneficencia en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Complete la solicitud, adjunte todos los documentos justificativos y envíela a la dirección que se indica más arriba.

Si su solicitud está incompleta, no podremos procesarla.

Si necesita más ayuda o tiene alguna pregunta sobre este paquete de materiales, comuníquese con nuestra Unidad de Atención de Beneficencia llamando al **(516) 745-0161**.

Para ayudarnos aún más en el procesamiento de su solicitud de atención de beneficencia, tenga en cuenta los siguientes ejemplos de documentos que puede optar por incluir con su solicitud:

- Recibo de sueldo
- Carta del empleador (si corresponde)
- Formulario 1040
- Cualquier otra información que pueda validar sus ingresos

Si usted es menor de veintiún (21) años O es dependiente de su padre/madre/tutor(es), su padre/madre o tutor debe llenar el formulario de solicitud de elegibilidad titulado **SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA** y proporcionar los documentos justificativos necesarios.

DEBE PROPORCIONAR un número de teléfono donde se le pueda localizar, así como direcciones completas, incluidos los números y las letras del apartamento.

A fin de determinar su elegibilidad o la de su hijo(a), resultaría útil presentar una nota que describa su situación, así como copias de cualquiera de los documentos aplicables mencionados anteriormente u otra documentación justificativa que elija presentar.

Si usted es estudiante, proporcione documentación de su condición de estudiante.

NOTIFICACIÓN A LOS PACIENTES

SI USTED PRESENTA UNA SOLICITUD COMPLETADA QUE INCLUYA LA INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD EN VIRTUD DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA DEL HOSPITAL, PODRÁ DESESTIMAR TODA FACTURA DEL HOSPITAL HASTA QUE HAYAMOS TOMADO UNA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD.

Las solicitudes con documentación justificativa pueden enviarse por fax al: (516) 745-0161

O POR CORREO POSTAL A:

New York Community Hospital Patient Financial Services
265 Post Avenue, Suite 200
Westbury, NY 11590
Att.: Jordan Salmeron

**NEW YORK COMMUNITY HOSPITAL
SOLICITUD DE ATENCIÓN DE
BENEFICENCIA**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

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

N.º de teléfono (____) _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ N.º de tel. del empleador _____

Ingresos: detalle los ingresos combinados de su grupo familiar (es decir, el suyo, el de su cónyuge y el de todos los demás miembros del grupo familiar) provenientes de lo siguiente:

Tipo de ingreso	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salario		
Ganancias obtenidas como trabajador independiente		
Asistencia Pública		
Seguridad Social		
Indemnización por desempleo/por accidentes de trabajo		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Pensiones		
Ingresos de dividendos		
Recursos (cuentas bancarias, inversiones, préstamos, etc.)		
Total		

El hospital solicita que envíe documentación para justificar los ingresos que ha detallado anteriormente. La documentación puede incluir, a modo de ejemplo, recibos de sueldo, una carta del empleador (si corresponde), el Formulario 1040, etc.

Cantidad de integrantes de la familia - integrantes de la familia que viven en su hogar:

Nombre	Edad	Relación de parentesco

Nota: Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

ESTA SOLICITUD PUEDE PRESENTARSE EN EL HOSPITAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO.

UNA VEZ QUE HAYA ENVIADO UNA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA AL HOSPITAL A LA DIRECCIÓN QUE APARECE MÁS ABAJO, PUEDE DESESTIMAR CUALQUIER FACTURA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA TOMADO UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE DE SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA, LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y FIRME EN EL LUGAR QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN.

 POR LA PRESENTE, SOLICITO QUE NEW YORK COMMUNITY HOSPITAL TOMA UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE MI ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO CON RESPECTO A MIS INGRESOS ANUALES Y LA CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA 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 COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y YO PODRÍA SER RESPONSABLE DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DETALLADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS, AUTORIZO A NEW YORK COMMUNITY HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

Fecha _____ Firma del solicitante _____ N.º de cuenta _____

La solicitud completada deberá enviarse a:
 265 Post Avenue, Suite 200
 Westbury, NY 11590
 Att.: Jordan Salmeron
 O por FAX al: (516)-390-0171

New York Community Hospital Patient Financial Services