



# MidHudson Regional Hospital

Westchester Medical Center Health Network

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA HOJA DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de expediente médico \_\_\_\_\_ Cuenta(s): \_\_\_\_\_

### **PARTE RESPONSABLE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección postal (Si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL HOGAR:**

Cantidad total de dependientes en el hogar, incluido usted: \_\_\_\_\_

Alguna otra persona contribuye económicamente a la familia: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ (monto)

### **INGRESOS MENSUALES: (Indique todas sus fuentes de ingresos)**

Paciente / Garante:

Cónyuge:

Otros ingresos de dependientes legales:

### **INGRESOS MENSUALES TOTALES:**

**LOS ACTIVOS NO SE TOMARÁN EN CUENTA PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA, PERO SE USARÁN SI EL HOSPITAL TIENE MOTIVOS RAZONABLES PARA CREER QUE EL PACIENTE PUEDE SER ELEGIBLE PARA COBERTURA DE MEDICAID O DE SEGURO DE SALUD PATROCINADO POR EL GOBIERNO.**

<b>INGRESOS MENSUALES CALIFICADOS</b>	<b>\$</b>
<b>TAMAÑO DEL HOGAR CALIFICADO</b>	

Certifico que, hasta donde tengo conocimiento, todas las respuestas en este formulario son veraces y completas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# MidHudson Regional Hospital

Westchester Medical Center Health Network

UNA VEZ QUE PRESENTE UNA SOLICITUD CONTESTADA Y LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO AL HOSPITAL, EN LA DIRECCIÓN QUE APARECE ABAJO, PUEDE IGNORAR TODAS LAS FACTURAS HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA EMITIDO UNA DECISIÓN ESCRITA SOBRE SU SOLICITUD. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a la **oficina de Valhalla (914) 493-7830** o a la **oficina de Poughkeepsie (845) 483-5406**

## **Comprobante de identidad (traiga al menos UNO de los siguientes documentos)**

Pasaporte  
Tarjeta de extranjero residente permanente (tarjeta verde)  
Actas de nacimiento de **todos los miembros de la familia, incluyendo menores de 21 años de edad**  
Tarjeta de autorización para trabajar  
Licencia de conducir  
Identificación con fotografía del cónyuge o pareja en unión libre

## **Comprobante de domicilio/residencia (traiga al menos DOS de los siguientes documentos)**

Facturas de servicios básicos  
Facturas de teléfono celular  
Factura de televisión por cable  
Recibo de renta, copia del contrato de alquiler o papeles de hipoteca  
Carta de la persona con la que vive o de su arrendador (**notariada**)

## **Comprobante de ingresos**

Últimos cuatro recibos de nómina semanal, o dos recibos de nómina catorcenal  
Carta del empleador **con membrete de la compañía, firmada y fechada, en la que se indiquen los ingresos brutos**  
Si no tiene membrete, traiga un carta **notariada** del empleador.  
Carta de asignación de la Administración del Seguro Social /Pensión/Añualidades/Discapacidad  
Comprobante de beneficios por desempleo  
Si lo mantiene alguien, una **carta notariada** de la persona que le brinda alojamiento y comida  
Si está desempleado(a), cómo se mantiene a sí mismo(a) y a su familia (cuenta de ahorros, trabajos temporales  
Ingresos de bienes que producen ingresos, rentas, negocios, manutención de menores, pensión por divorcio  
Beneficios de la V.A.  
Ingresos por incapacidad laboral

**Otros** Comprobante de asistencia a la escuela de hijos menores de 18 años de edad o que asistan a la universidad

**Por favor traiga los documentos a la oficina de asistencia financiera, o envíelos por correo**

**WMC -Financial Assistance Program  
P.O. Box 277, Hawthorne, NY 10532**