

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA AL PACIENTE

Solicitante Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Fecha de Nacimiento: _____

Miembros Familiares (anote cónyuge y niños a su cargo menores de 21 años que viven en el hogar y sus fechas de nacimiento):

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
1. _____ / _____	_____ / _____	5. _____ / _____	_____ / _____
2. _____ / _____	_____ / _____	6. _____ / _____	_____ / _____
3. _____ / _____	_____ / _____	7. _____ / _____	_____ / _____
4. _____ / _____	_____ / _____	8. _____ / _____	_____ / _____

LOS SOLICITANTES DEBEN PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS PERTINENTE EN EL MISMO ENVÍO.

LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN ES NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD:

1. Comprobante de Ingresos: (presente toda la documentación que corresponda a su hogar)

- Talón de ingresos de los últimos 30 días de cada miembro del hogar que trabaje.
- Impresión del documento de desempleo de www.labor.ny.gov con fecha de la semana de espera. En caso de Compensación Laboral, comprobante de los últimos 30 días de pagos.
- Carta de beneficios del Seguro Social o extracto bancario oficial (todas las páginas).
- Comprobante de estado de pensión.
- Trabajador Autónomo – Proporcione una auto-declaración de ingresos complete.

2. Comprobante de Falta de Ingresos:

- Sin Ingresos – Proporcione una declaración escrita explicando cómo cubre sus necesidades.
- Sin Comprobante de Ingresos – Proporcione una auto-declaración de ingresos completa.

3. Otros Ingresos

- ¿Tiene alguna otra fuente de ingresos?
- Sí (si la respuesta es Sí, proporcione comprobante de ingresos por ingresos por alquiler, anualidades, etc.)
 - NO

4. Comprobante de Seguro Médico

- ¿Tiene seguro médico?
- Sí (si la respuesta es Sí, adjunte copias de las credenciales del seguro) NO

Con mi firma a continuación, confirmo que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi mejor saber y entender. Acepto presentar información adicional según sea necesario para determinar la elegibilidad. Acepto informar a St. Mary's Healthcare de manera oportuna acerca de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, disposiciones de vivienda o dirección.

X _____
Firma del Solicitante

X _____
Relación (si no es paciente)

X _____
Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA

Discount % Approved _____ Date Approved _____

Approval Signature _____

ENVIAR LA SOLICITUD POR CORREO A:

St. Mary's Healthcare
Patient Financial Services
427 Guy Park Avenue
Amsterdam, NY 12010
Phone: (518)770-7506 or (518)839-0545

www.smha.org