

Estimado/a paciente/solicitante:

El equipo de St. Mary's Healthcare se compromete a minimizar las barreras económicas a la atención médica que puedan existir para nuestros pacientes y miembros de la comunidad. Se ofrece ayuda económica para la atención de emergencias y otra atención médicamente necesaria a pacientes que califican. Le enviamos esta carta junto con la solicitud de ayuda económica adjunta porque tiene saldos pendientes y puede beneficiarse de nuestro Programa de Ayuda Económica.

Complete la solicitud si está interesado. Junto con la solicitud, deberá presentar una copia de al menos uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado/a, su cónyuge también deberá presentar una copia de al menos uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda procesar la solicitud.

- Copias de los tres (3) recibos de sueldo más recientes del empleador
- Carta de Retiro del Seguro Social o pensión
- Copia del recibo de beneficios por desempleo
- Otros documentos de validación de ingresos

Tenga en cuenta que se debe recibir la solicitud completa junto con el comprobante de ingresos para que la solicitud se contemple. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Envíe por correo su solicitud completa y la documentación a la siguiente dirección:

St Mary's Healthcare
ATTN: Patient Financial Services
427 Guy Park Ave
Amsterdam, NY 12010

Comuníquese con Servicios financieros para pacientes al 518-770-7567 si tiene alguna pregunta sobre la solicitud.

Gracias por confiar en nosotros para atender sus necesidades de atención médica y las de su familia.

Atentamente,

Servicios financieros para pacientes

St. Mary's Healthcare

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información del solicitante:

(Por favor, complete en imprenta todos los espacios en la solicitud. Indique N/A si no es aplicable en ninguna línea individual de la solicitud)

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Empleo _____ Situación Laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____

Información del cónyuge del solicitante:

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de Nacimiento _____ número de teléfono _____

Nombre de Empleo _____ Situación laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____

Dependientes:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relación: _____

Ingresos mensuales:

(Complete los montos en dólares para cada artículo que se enumera a continuación. Proporcione una cantidad por mes para cada uno).

Ingreso bruto del solicitante _____ Manutención de los hijos _____

Ingreso bruto del cónyuge _____ Pensión alimenticia _____

Beneficios de seguro social _____ Ingresos alquiler de la propiedad _____

Ingresos de pensión/jubilación _____ Ingresos laborales por propia cuenta _____

Ingresos por discapacidad _____ Otros Ingresos _____

Ingresos de Compensación de Trabajadores _____ No Ingresos: Complete / firme el formulario de no ingresos.

Afirmo con mi firma a continuación que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en proporcionar información adicional según lo solicitado para determinar la elegibilidad. Estoy de acuerdo en informar a St Mary's Healthcare de inmediato de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, arreglos de vivienda o dirección.

Firma

Relación (si no es paciente)

Fecha

SOLO USO DE OFICINA
 Descuento % Aprobado

 Fecha de aprobación

DECLARACIÓN DE FALTA DE INGRESOS

Este formulario solo deben usarlo los pacientes que no tengan ninguna fuente de ingresos para explicar cómo se mantienen ellos mismos y sus dependientes.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Explique abajo cómo cubre sus necesidades:

Fecha del último empleo: (MM/AA) _____

Último empleador: _____

Certifico que no tengo otra manera de documentar la información de arriba y que toda la información de arriba es verdadera y precisa. Entiendo que esta información se usará para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica. Acepto informar a St Mary's Healthcare inmediatamente de cualquier cambio en mis necesidades, mis ingresos o mi dirección.

Firma: _____ Fecha: _____