



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Cuenta(s) \_\_\_\_\_

Como parte de nuestro esfuerzo continuo para brindar servicios a la población sin seguro médico o sin adecuada cobertura de seguro médico, Phelps Hospital ofrece asistencia financiera para quienes califiquen.

Encontrará nuestra Solicitud de Asistencia Financiera adjunta a esta carta. ***Esta solicitud debe ser devuelta a nosotros en un plazo de 90 días a partir de la fecha de esta carta.*** Se requiere prueba de ingresos económicos, de recursos y de residencia. Por favor consulte la lista anexa de verificación de documentos como referencia.

Al recibir la solicitud completa y la documentación, se revisará su solicitud y se le enviará una decisión por escrito.

Si tiene preguntas, por favor puede contactarme en el teléfono (914) 366-3133.

Atentamente,

Departamento de Cuentas de Pacientes  
Servicios de Asesoría Financiera

**Deben aportarse pruebas de ingresos económicos y recursos para que se considere la Atención de Caridad**

**PHELPS HOSPITAL  
NORTHWELL HEALTH  
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cuenta(s) #: \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Depto. #: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PERSONAS EN EL HOGAR**

Número total de dependientes en el hogar incluyendo usted mismo: \_\_\_\_\_

Por favor indique todas las fuentes de ingresos abajo.

<b>\$ INGRESOS MENSUALES</b>	<b>\$ Paciente</b>	<b>\$ Cónyuge</b>	<b>\$ Padres / \$Garante</b>	<b>\$ Otro</b>	<b>Total</b>
Sueldos:					
Suma adjudicada de Seguro Social:					
Pensión / Anualidad:					
Beneficio de desempleo:					
Ingresos de alquiler:					
Manutención de niños:					
Beneficio por veterano:					
Beneficios por compensación de trabajadores:					
Otros ingresos:					

**INGRESO MENSUAL CALIFICATIVO** \$ \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DEL HOGAR CALIFICATIVO** # \_\_\_\_\_

Yo certifico que bajo mi leal saber y entender, todas las respuestas en este formulario son verdaderas y completas.

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

**El hospital proveerá una determinación dentro de los 30 días de recibo de esta solicitud para asistencia financiera y documentación de apoyo. Usted puede ignorar los estados de cuenta mientras su solicitud es considerada para asistencia financiera. Usted no es responsable por esa factura mientras su solicitud es procesada.**

**Asesores financieros están disponibles para asistirlo con su proceso de solicitud y puede contactarlos al (914) 366-3133.**

**PHELPS HOSPITAL  
NORTHWELL HEALTH**

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Documentación necesaria para apoyar su solicitud de asistencia financiera

**Comprobante de identidad (traiga por lo menos UNO de la lista de abajo)**

- Pasaporte
- Tarjeta de extranjero de residencia permanente (Tarjeta verde)
- Partida de nacimiento para todos los miembros de la familia incluyendo hijos menores de 21 años
- Tarjeta de autorización de empleo
- Licencia de conducir
- ID con fotografía del cónyuge / parejas legales

**Comprobante de dirección/residencia-dirección domiciliaria (traiga por lo menos DOS de la lista de abajo)**

- Factura de electricidad
- Factura de teléfono celular
- Factura de televisión por cable
- Recibo de alquiler, copia del alquiler, o papeles de hipoteca
- Carta de la persona con la que reside o carta de su arrendador (debe estar notariada)

**Comprobante de ingresos (traiga por lo menos UNO de la lista de abajo)**

- Últimos cuatro comprobantes de pago semanales o dos comprobantes de pago bisemanales
- Carta del empleador con membrete de la compañía, firmada y fechada, declarando su ingreso bruto mensual (Si no hay membrete, traiga una carta notariada de su empleador, firmada y fechada declarando su ingreso bruto mensual)
- Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social / Pensión / Anualidad
- Copia, comprobante o impresión del último cheque del beneficio de desempleo
- Carta de manutención (si usted es mantenido completamente por alguien más, traiga una carta notariada de esa persona declarando que está manteniendo al paciente en la ausencia de ingresos)
- Si está desempleado, se requiere explicación de manutención (por favor especifique claramente en la carta cómo el paciente es mantenido (ej., cuenta de ahorros, etc.)
- Ingresos por alquiler de propiedad, habitación, etc.
- Si solicita por un niño, por favor provea documentación del ingreso de manutención de niños
- Beneficios de V.A. o ingreso por compensación de trabajadores

**Otro**

- Comprobante de asistencia a la escuela

**Departamento de Contaduría de Pacientes  
(914) 366-3133**