

MR# _____

**Programa de asistencia para la atención de New York Hospital
DETERMINACIÓN DE LA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	2. TAMAÑO DE LA FAMILIA
3. FECHA DEL SERVICIO	4. FECHA DE DETERMINACIÓN	5. FECHA DE VENCIMIENTO
6. CÁLCULO DE INGRESOS <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 13 semanas x 4 <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 1 mes x 12	7. INGRESOS TOTALES	

SECCIÓN II – DETERMINACIÓN DE MEDICAID

8. ¿LA DERIVACIÓN SE REALIZÓ PARA ASISTENCIA PÚBLICA?

Sí No Explique: _____

SECCIÓN III - DETERMINACIÓN

Se aprobó su solicitud de asistencia de New York Hospital. Su asistencia financiera es _____ de la factura del Hospital por los servicios a partir del _____. El Hospital puede proporcionar asistencia de _____ de los cargos del Hospital por cualquier servicio hospitalario futuro durante un período de _____ meses para la fecha inicial del servicio.

Su solicitud de asistencia de New York Hospital ha sido denegada debido a que no cumple con los requisitos de elegibilidad.

Las razones específicas para la inelegibilidad son las siguientes:

- No se proporciona la documentación de los ingresos.
- Los ingresos superan la elegibilidad.
- El paciente se derivó a Medicaid.
- No se proporciona la denegación de Medicaid.
- Otra: _____

NO CUBRE

- Cirugía cosmética**
- Medicamentos recetados**
- Honorario del médico**
- Terapia fuera del hospital**
- Anestesia**

*Los solicitantes que sean inelegibles debido al hecho de que no se proporcionó información específica deben enviar esta información al Hospital:

Los solicitantes que tengan preguntas sobre el programa pueden comunicarse a

**Montefiore Nyack Hospital
160 North Midland Avenue
Nyack, NY 10960
Número de contacto: (845) 348-2323**

NOMBRE DEL EVALUADOR	CARGO
FIRMA	FECHA

MONTEFIORE NYACK HOSPITAL

SOLICITUD DE ATENCIÓN DE CARIDAD/AYUDA FINANCIERA

LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN Y LA PRUEBA DE INGRESOS DEBEN ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD
 ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES YA QUE NO SE DEVOLVERÁN.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL

1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. FECHA DE NACIMIENTO	
_____		_____	
(Apellido)		(Primer nombre) (ISN)	
_____		_____	
Mes _____ Día _____ Año _____		Mes _____ Día _____ Año _____	
3. FECHA DE LA SOLICITUD	4. FECHA INICIAL DEL SERVICIO	5. FECHA SOLICITADA DEL SERVICIO	
_____	_____	_____	
Mes _____ Día _____ Año _____	Mes _____ Día _____ Año _____	Mes _____ Día _____ Año _____	
6. DIRECCIÓN DEL PACIENTE		7. NÚMERO DE TELÉFONO	
_____		_____	
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. TAMAÑO DE LA FAMILIA	
_____		_____	
10. OCUPACIÓN		11. EMPLEADOR	
_____		_____	
12. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		13. N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
_____		_____	
14. NOMBRE DEL GARANTE (SI NO ES EL PACIENTE)			

SECCIÓN II – TAMAÑO DE LA FAMILIA

15. TAMAÑO DE LA FAMILIA		

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*El tamaño de la familia incluye a usted, su cónyuge y los hijos menores. Una mujer embarazada se cuenta como dos miembros de la familia.

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (CONTINUACIÓN)

SECCIÓN III – CRITERIOS PARA LOS INGRESOS

La prueba de los ingresos del hogar que determina la elegibilidad para la asistencia de atención hospitalaria debe acompañar a esta solicitud. Los ingresos se basan en el cálculo de doce meses, tres meses o un mes de ingresos antes de la fecha del servicio.

El ingreso bruto del paciente/familia es igual al menor de los siguientes:

ÚLTIMOS 12 MESES

o

ÚLTIMOS 3 MESES X 4

o

ÚLTIMO 1 MES X 12

16. FUENTES DE INGRESOS

		SEMANAL	MENSUAL	ANUAL
A.	Salario/Sueldo antes de deducciones	_____	[]	[]
B.	Asistencia pública	_____	[]	[]
C.	Beneficios de Seguro Social	_____	[]	[]
D.	Desempleo e indemnización laboral	_____	[]	[]
E.	Beneficios para veteranos	_____	[]	[]
F.	Pensión alimenticia/Manutención de los hijos	_____	[]	[]
G.	Otro apoyo monetario	_____	[]	[]
H.	Pagos de pensión	_____	[]	[]
I.	Dividendos/Intereses	_____	[]	[]
J.	Ingresos por alquiler	_____	[]	[]
K.	Ingresos comerciales netos (autónomos/ verificados por fuentes independientes)	_____	[]	[]
L.	Otra (beneficios de huelga, estipendios de capacitación, asignación familiar militar, ingresos de herencias y fideicomisos)	_____	[]	[]
M.	Total	_____	[]	[]

SECCIÓN IV – CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del centro de atención médica correspondiente y de los gobiernos federales o estatales y que la tergiversación deliberada de estos hechos me hará responsable de todos los cargos del hospital y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si así lo solicita el centro de atención médica, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información anterior sobre el tamaño de mi familia y los ingresos es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio en el estado de mis ingresos.

17. FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE

18. FECHA