

NYACK HOSPITAL
Servicios Financieros para el Paciente
160 North Midland Avenue
Nyack, NY 10960

Estimado paciente:

Adjunta a la presente encontrará una Solicitud de atención de beneficencia/ayuda financiera. Puede solicitar atención de beneficencia/ayuda financiera en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Complete la solicitud, adjunte todos los documentos respaldatorios y envíelos a la dirección que figura arriba.

Si su solicitud está incompleta, no podremos procesarla.

Si necesita recibir ayuda adicional o tiene preguntas sobre este paquete de información, póngase en contacto con nuestra Unidad de Asesoría Financiera al **(845)-348-2323**.

Para ayudarnos a procesar su solicitud de atención de beneficencia/ayuda financiera, elija entre los ejemplos que figuran a continuación para acreditar sus ingresos:

- Recibos de pago de salario
- Carta del empleador, en caso de corresponder
- Formulario de declaración de la renta 1040
- Cualquier otra información que valide sus ingresos

Si es menor de veintiún (21) años O si estuviera a cargo de sus padres o tutores, estos deben completar la solicitud de elegibilidad titulada **SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA/AYUDA FINANCIERA** y proporcionar los documentos respaldatorios pertinentes.

También DEBE INCLUIR un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted y direcciones completas, incluidos números y letras de apartamento.

Asimismo, debe incluir una nota que describa su situación, así como también copias de todos los documentos pertinentes detallados arriba y cualquier otra documentación respaldatoria que decida enviar para determinar la elegibilidad suya o la de su hijo.

Si es estudiante, proporcione la documentación de su situación académica.

AVISO AL PACIENTE:

SI ENVÍA UNA SOLICITUD COMPLETA QUE INCLUYA INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD SEGÚN LA POLÍTICA DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA/AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL, PUEDE DESESTIMAR CUALQUIER FACTURA DEL HOSPITAL HASTA QUE HAYAMOS TOMADO UNA DECISIÓN CON RESPECTO A SU SOLICITUD.

Enviar solicitudes con documentación respaldatoria a:

NYACK HOSPITAL
Patient Financial Aid Services
Financial Counseling Unit
160 North Midland Avenue
Nyack, NY 10960



NYACK HOSPITAL SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA/AYUDA FINANCIERA

Una vez que haya enviado una solicitud completa y la documentación respaldatoria a la dirección del hospital que figura a continuación, puede desestimar cualquier factura hasta que el hospital haya tomado una decisión con respecto a su solicitud.

Para enviar esta solicitud de atención de beneficencia, lea la siguiente declaración y firme en el lugar indicado a continuación.

POR LA PRESENTE, SOLICITO QUE NYACK HOSPITAL TOME UNA RESOLUCIÓN POR ESCRITO CON RESPECTO A MI ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA/AYUDA FINANCIERA.

DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN QUE ENVÍO RELATIVA A MI INGRESO ANUAL Y AL TAMAÑO DE MI FAMILIA QUEDA SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL. TAMBIÉN DOY FE DE QUE EN CASO DE DETERMINARSE QUE LA INFORMACIÓN QUE ENVÍO ES FALSA, ESTO IMPLICARÁ LA DENEGACIÓN DE LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA/AYUDA FINANCIERA, Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE POR LOS CARGOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE INTRODUJE ARRIBA ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ASIMISMO, AUTORIZO A NYACK HOSPITAL A VERIFICAR TODA INFORMACIÓN PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Cuenta n.º _____

Solicitud completa que debe enviarse a:

NYACK HOSPITAL
Patient Financial Services
Financial Counseling Unit
 160 North Midland Avenue
 Nyack, NY 10960