



**GRACIE SQUARE HOSPITAL  
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
 Número y calle, n.º de apto. Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

**Ingresos:** detalle los ingresos combinados suyos, de su cónyuge y del resto del grupo familiar de:

Tipo de ingresos	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salarios		
Ingresos de trabajo por cuenta propia		
Asistencia Pública		
Seguro Social		
Desempleo/Compensación de los trabajadores		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Pensiones		
Ingresos de dividendos		
Total		

El hospital le exige que presente la documentación para justificar los ingresos que ha escrito arriba. Algunos ejemplos de esa documentación podrían ser, a modo de ejemplo, recibo de pago, carta del empleador, si corresponde, el Formulario 1040, etc.

**Tamaño de la familia:** integrantes del grupo familiar que viven en su hogar:

Nombre	Edad	Relación

*Nota: Adjunte otra hoja si necesita más espacio.*

ESTA SOLICITUD PUEDE PRESENTARSE EN EL HOSPITAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBROS.

UNA VEZ QUE HAYA ENVIADO AL HOSPITAL (A LA DIRECCIÓN DE ABAJO) UNA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, PUEDE HACER CASO OMISO DE CUALQUIER FACTURA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA TOMADO UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA, LEA LA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN Y FIRME ABAJO DONDE SE INDICA.

POR LA PRESENTE SOLICITO QUE GRACIE SQUARE HOSPITAL DETERMINE POR ESCRITO MI ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA FINANCIERA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO SOBRE MIS INGRESOS ANUALES Y EL TAMAÑO DE MI FAMILIA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR EL HOSPITAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ES FALSA, DICHA DETERMINACIÓN DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE LA AYUDA FINANCIERA Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE LAS TARIFAS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER. ADEMÁS, AUTORIZO A GRACIE SQUARE HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Cuenta N.º \_\_\_\_\_

La solicitud completada deberá enviarse a:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services  
 100 Jericho Quadrangle, Suite 202  
 Jericho, NY 11753  
 Att: George Plunkett  
 O por FAX a: (516) 801-8504