

**SOLICITUD PROGRAMA  
DE AYUDA FINANCIERA**

<b>Patient Demographics</b>
-----------------------------

Nombre de paciente \_\_\_\_\_  
Primer \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Parte responsable \_\_\_\_\_  
Primer \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ N. de personas en el hogar \_\_\_\_\_

**Información del hogar**

Por favor escriba todas las personas que viven con usted.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Declaración de Medicaid u otro seguro médico**

1. Yo/nosotros  **hemos** /  **no hemos** solicitado Medicaid, Child Health Plus, u otro seguro médico para cubrir estos servicios  
De no ser así, por favor explique la razón: \_\_\_\_\_.
2. Se me **ha** aprobado a mí/nosotros Child Health Plus o otro producto de seguro médico, efectivo a partir de \_\_\_\_\_.
3. Yo/nosotros **he/hemos** recibido aprobación para Medicaid, pero con pago mensual de \$ \_\_\_\_\_.
4. Se me/nos **ha** negado Medicaid, Child Health Plus, u otro seguro medico. **Por favor incluya una copia de la negación con su solicitud.**

**\*\*\*POR FAVOR VOLTEE Y COMPLETE LA PÁGINA DOS (2) DE LA SOLICITUD\*\*\***

**DO NOT SCAN TO PATIENT CHART**

**Envíe la solicitud completada por correo a:** Rochester Regional Health, Attn: Financial Assistance, 100 Kings Highway South, Rochester, NY 14617  
**O para las solicitudes a United Memorial enviar a:** United Memorial Medical Center, ATTN: FirstSource Eligibility, 127 North Street, Batavia, NY 14020

**Lista de documentos de ingresos aceptables**

**Sueldo y salario**

- Recibos de pago
- Carta del empleador con membrete de la compañía, firmada y fechada
- Declaración de impuestos a la renta, firmada y fechada, y todos los anexos
- Registros de negocio/nomina

**Trabajador autónomo**

- Declaración del impuesto sobre la renta actual y todos los anexos
- Registro de ganancias y gastos / registro comercial

**Beneficios por desempleo**

- Carta / certificado de adjudicación
- Declaración de beneficios mensuales del departamento del trabajo del estado de Nueva York  
Correspondencia del departamento del trabajo del estado de Nueva York
- Copia de la tarjeta de pago directo con impreso
- Impreso de la información de la cuenta del receptor expedido por el estado de Nueva York Sitio Web del departamento del trabajo [www.labor.state.ny.us](http://www.labor.state.ny.us)

**Seguridad Social (Jubilación / Discapacidad)**

- Carta / certificado de adjudicación
- Resumen de beneficios anuales
- Correspondencias de la administración de la seguridad social

**Compensación laboral**

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

**Pensión Infantil / pensión conyugal**

- Carta de la persona que ofrece la ayuda
- Carta del tribunal
- Talón de cheque de pago de pensión infantil / pensión conyugal
- Copia de la Epicard de Nueva York con impreso
- Copia de la información de la pension infantil del [www.newyorkchildsupport.com](http://www.newyorkchildsupport.com)
- Copia de los estados de cuenta bancarios que muestren el depósito directo

**Pagos militares**

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

**Ingresos por alquileres o habitación y alimentos**

- Carta de la persona que paga por habitación y alimentos,
- Talon de cheque

**Intereses / dividendos / regalías**

- Estados de cuenta recientes de un banco, unión de crédito o institución financiera.
- Carta del agente
- Planilla 1099 o Declaración de impuestos (si no tiene otra documentación disponible)

**Pensiones privadas / anualidades**

- Estado de cuenta de la pension / anualidad

**Beneficios a veteranos de guerra**

- Carta de adjudication
- Talón de cheque de los beneficios
- Correspondencia de la oficina de Asuntos para veteranos de guerra

**Ingresos del hogar**

**Se requiere prueba de ingresos.** Si no se proporcionan documentos de ingresos, se retrasará el procesamiento. Por favor escriba la cantidad y el tipo de dineros recibidos por todos los miembros del hogar que se especificaron en la página 1 y adjunte prueba de los ingresos con la solicitud completada.

Nombre de la persona	Tipos de ingresos (ver arriba)	Ingresos netos (Antes de las deducciones)	Cada cuanto los recibe? (semanalmente, mensualmente, ect)

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa según mi saber y entender. Además, solicitaré cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, seguro comercial, etc.) que esté disponible para el pago de mis cargos del hospital. Llevaré a cabo cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda y asignaré o pagaré al hospital la cantidad que reciba para pago de los cargos del hospital. Si cualquiera de la información que he dado resulta ser falsa, entiendo que Rochester Regional Health podría reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción que sea apropiada.

Firma del paciente o parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

“Una vez que el paciente haya sometido una solicitud completa para un Descuento de Asistencia Financiera, el paciente puede ignorar cualquier factura ( bill ) proveniente de Rochester Regional Health que le pueda haber sido enviada hasta el momento, en lo que Rochester Regional Health toma una determinación con respecto a la solicitud pendiente.”

**DO NOT SCAN TO PATIENT CHART**

**Envíe la solicitud completada por correo a:** Rochester Regional Health, Attn: Financial Assistance, 100 Kings Highway South, Rochester, NY 14617

**O para las solicitudes a United Memorial enviar a:** United Memorial Medical Center, ATTN: FirstSource Eligibility, 127 North Street, Batavia, NY 14020