



SOLICITUD PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA

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

- 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: _____
- Explicación de las dificultades financieras _____

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

Envie la solicitud completada por correo a: Rochester Regional Health, Attn: Financial Assistance, 100 Kings Highway South, Rochester, NY 14617
Correo electrónico: financialaid@rochesterregional.org **Fax:** 585-922-1341

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

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 pensión infantil del 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 pensión / 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

Prueba de ingreso de la familia es requerido: 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.”

Por favor denos treinta días para processor su aplicación.