



CENTRO MÉDICO MONTEFIORE

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombre del Paciente		Número de Seguro Social			
Dirección	Apt#		Fecha de nacimiento		
Ciudad			Estado	Cód.Postal	
Teléfono	Parentesco con el paciente		<i>El mismo Cónyuge Hijo Padre Abuelo(a) Nieto(a) Otro</i>		
Seguro Medico:	Tamaño de la familia		Saldo pendiente		
HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD: SOLO PARA USO DE LA OFICINA					
Financial Counselor	Referral Source:		Adjusted Account Balance		
Patient MRN	Account Number		DOS:		
Proof of income secured:	Yes No	Supporting Documentation	1. Income Tax Return	2. Paystubs	
Verified Gross Annual Income			Other (Specify):		
The Applicant is approved for Financial Aid at the following category level (1-6, 9M, 10-12)					
Application Received Date				Account Adjusted Date	

Application Date		IRS Transcript Received Date	
Financial Aid Notification Date		Approval/Denial Date	
Approved by:			

DECLARACIÓN DE SOLICITUD

Mi firma en esta solicitud reafirma mi autorización de asignación de beneficios y divulgación de información asociada a servicios médicos proporcionados en el Centro Médico Montefiore.

Mientras sea elegible para Asistencia Financiera, acepto informar al Centro Médico Montefiore de cualquier cambio en mi situación familiar con relación a tamaño de mi familia, cambios en ingresos y cobertura médica que podrían cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Autorizo a mi empleador y mi emisor de seguro médico a proporcionar información al Centro Médico Montefiore sobre mis ingresos, primas de seguro médico, coseguro, copagos, deducibles y beneficios cubiertos.

Se estoy pidiendo Asistencia Financiera debido a un accidente u otro incidente y recibo dinero debido a ese accidente o incidente de cualquier fuente, tal como Compensación del Trabajador o una aseguradora, pagaré al Centro Médico Montefiore por todo servicio médico proporcionado en el Centro Médico Montefiore y pagado o ajustado a través de Asistencia Financiera.

Toda información en esta solicitud es verdad a mi mejor saber y entender, y acepto proporcionar documentación a pedido.

Aclaración del nombre del paciente		Fecha	
Firma del paciente			

Estoy legalmente autorizado a proveer consentimiento en nombre del paciente mencionado arriba. Mi parentesco/ relación con el paciente es el siguiente:

Firma del Representante Autorizado		Fecha	
Parentesco con el paciente			

Complete esta solicitud y el Formulario 8821 del IRS y envíelos a la siguiente dirección:

Montefiore Medical Center, Patient Financial Services Department 111 East 210th St Bronx NY 10467 Cuando Usted. a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación. Usted tienes 30 días para completar su aplicación.

Complete esta solicitud y el Formulario 8821 del IRS y envíelos a la siguiente dirección:

Montefiore Medical Center, Patient Financial Services Department 111 East 210th St Bronx NY 10467 Cuando Usted. a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación. Usted tienes 30 días para completar su aplicación.