

Spanish



Business Office/Patient Accounts
Wynn Hospital
111 Hospital Drive, Utica, NY 13502

Solicitud uniforme de asistencia financiera para hospitales del estado de Nueva York

Puede ser elegible para recibir asistencia hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado o si tiene seguro, pero tiene prueba de gastos médicos que suman más del 10% de sus ingresos. Al completar este formulario se iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario lo utilizan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe estar impresa en los idiomas principales¹ que hablan los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del Paciente (Complete la información aplicable)

Nombre del Paciente (Primero, Segundo, Apellido)		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección		Apartamento/# de Unidad
Ciudad	Estado	Apartado Postal
Contacto telefónico #		
Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es menor o adulto incapacitado)		
Email Address (if any)		

Información Familiar:

Por favor enumere a continuación todos los miembros de la familia en su hogar. Su hogar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa su ingreso **antes de** que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (seguridad social, incapacidad y prestaciones por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (temporales). asistencia social y seguridad de ingreso suplementaria).

Nombre completo	Relación	Ingreso bruto total (actual)
	Yo	

1 "Idiomas primarios" incluye cualquier idioma que se utiliza para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma hablado por más del 1 % de la población del área de servicio primario del hospital, según se calcula utilizando información demográfica disponible en los Estados Unidos. Oficina del Censo de los estados, complementada con datos de los sistemas escolares.

El hospital puede solicitarle que presente documentación como comprobante de ingresos; Ejemplos de documentación pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluido Medicaid, Medicare o seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? ☐ Si ☐ No

Si respondió "No", ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas? ☐ Si ☐ No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados. Si tiene seguro, proporcione una estimación de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

Paciente/parte responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, representante legal).

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Imprimir nombre	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	