



Garnet Health

Nombre del paciente: _____
Cuenta n.º: _____
Fecha de servicio: _____
Saldo adeudado: _____

Se adjunta la solicitud de Asistencia financiera de Garnet Health Financial. Llene la solicitud y devuélvala con copias de los documentos requeridos:

- * **Prueba de identidad:** Id. con foto
- * **Prueba de ingresos:** Cuatro últimos recibos de sueldo, declaración de desempleo, carta de aprobación del Seguro Social o carta del empleador
- * **Estado de cuenta bancario:** Los dos estados de cuenta bancarios más recientes.

Si cualquier información necesaria o la solicitud están incompletas, no podremos procesar su solicitud.

Si usted es menor de 21 años de edad, o es carga familiar de sus padres, uno de ellos debe llenar la solicitud de elegibilidad y proporcionar la documentación necesaria.

Una carta que describa su situación también puede ser útil para determinar su elegibilidad.

Esta solicitud se debe devolver al hospital antes del _____ (240 días del servicio).
Devuelva la solicitud a:

**Garnet Health Medical Center
Financial Advocate Office
707 E. Main St.
Middletown, New York 10940**

**Garnet Health Medical Center - Catskills
Financial Advocate Office
68 Harris-Bushville Rd
Harris, NY 12742**

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el Departamento de Defensoría Financiera.

Atentamente,