



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA
UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Podría ser elegible para recibir asistencia económica para pagar las facturas del hospital si no tiene seguro, si se agotó su seguro o si tiene seguro médico, pero tiene una constancia de haber pagado gastos médicos por un total que supera el 10 % de sus ingresos. Si completa este formulario, comenzará con la solicitud de asistencia económica hospitalaria. Este formulario lo usan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Nombre del paciente (complete con la información que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Número de departamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/de la madre/del tutor legal o del representante legal (si el paciente es un niño menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

Información sobre la familia:

Indique a continuación los integrantes de su grupo familiar. Su grupo familiar incluye a usted, a su cónyuge o pareja doméstica, y a los hijos u otros dependientes que tenga. Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en una misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos significan sus ingresos antes de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en dinero ganado por trabajo (sueldos, salarios, propinas, dinero ganado como trabajador autónomo), ingresos no percibidos (beneficios del Seguro Social, por discapacidad y por desempleo), aportes (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario).



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA
UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Es el paciente	

El hospital le puede solicitar que presente documentación como constancia de sus ingresos; entre los ejemplos de documentación se pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Condición con respecto al seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que haya adquirido por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que "No", ¿le gustaría obtener ayuda para presentar una solicitud para alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Pacientes infraasegurados: personas que tienen seguro, pero tienen gastos médicos altos.

Si usted tiene seguro, indique un valor aproximado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitarle que presente la documentación como constancia de pago de gastos médicos.

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 (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).

Comprendo que la información que presente puede quedar sujeta a su verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y está completa según mi leal saber y entender.

Paciente/Agente/Familiar/Tutor* (Firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Fecha (Date)	Hora (Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)
--	-----------------	----------------	---

Relación, si no es el paciente
(Relationship if other than patient)



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA UNIFORME **DEL ESTADO DE NUEVA YORK** (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Incluya la información de ingresos del paciente, de su cónyuge y de los dependientes que tenga (por ejemplo, hijos). Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en la misma declaración de impuestos (el contribuyente, su cónyuge y los dependientes a efectos impositivos) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No tiene que presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de falta de ingresos, si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información sobre ingresos que figure a continuación.

Si el grupo familiar recibe:	Monto por Mes:	El solicitante puede proporcionar:
Salarios	\$	Proporcione talon de cheque de pago -2 (si le pagan bi-semanalmente) -4 (si le pagan semanalmente), o una carta del empleador con el membrete de la compañía, firmada y fechada, o la declaración de impuestos que haya presentado más recientemente.
Pago del Seguro Social	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o la declaración de beneficios mensuales del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una copia de la Tarjeta de Pago Directo con su impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una hoja con la información de cuenta del receptor impresa del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Una copia de la carta/certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o una copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772- 1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Una copia de la carta de adjudicación o talón de cheque de pago
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$	Una copia de la orden judicial o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendendos/Intereses	\$	Resúmenes de cuenta de dividendos trimestrales o resúmenes de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Una carta que indique el monto de las ganancias que no salariales (si corresponde), como ingresos por rentas, dinero en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de falta de ingresos.