



Catholic Health Services of Long Island

Como ministerio de la iglesia católica, Catholic Health Services (CHS) continúa la misión curativa de Cristo, promueve la excelencia en la atención y asume el compromiso ante quienes sufren necesidades. CHS afirma la santidad de la vida, defiende a los pobres y desamparados y sirve al bien común. Lleva a cabo su práctica de la atención médica, sus actividades comerciales, la educación y la innovación con justicia, integridad y respeto por la dignidad de cada persona.

- GOOD SAMARITAN HOSPITAL MERCY MEDICAL CENTER ST. CATHERINE OF SIENA
- ST. CHARLES HOSPITAL ST. FRANCIS HOSPITAL ST. JOSEPH HOSPITAL

FECHA: _____

Estimado(a) _____:

En respuesta a: (número[s] de cuenta) _____

El Programa de asistencia financiera del sistema de Catholic Health Services of Long Island (Catholic Health Services of Long Island System Financial Assistance Program) está diseñado para ayudar a los pacientes que recibieron servicios necesarios desde el punto de vista médico pero que no cuentan con un seguro o han agotado sus beneficios médicos para un servicio específico. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos actuales y se ofrece a individuos con ingresos familiares iguales o menores al 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). En el caso de aquellos individuos cuyos ingresos sean mayores al 150 % del FPL, se considerarán los activos líquidos al momento de determinar la elegibilidad para obtener asistencia financiera.

Cuando complete la solicitud de asistencia financiera adjunta, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Tiene treinta (30) días a partir de la fecha de esta carta para completar esta solicitud.
- Una solicitud no está finalizada hasta tanto se haya recibido toda la documentación requerida. La documentación requerida para justificar los ingresos familiares (del paciente/garante y del cónyuge) incluye:
 - Los últimos cuatro (4) recibos de sueldo.
 - Una copia de los pagos del seguro social que usted o su cónyuge reciben (carta de concesión de beneficios o extracto bancario).
 - Una copia de los beneficios de compensación de los trabajadores.
 - Una copia de los beneficios de desempleo.
 - Los últimos tres (3) extractos bancarios (cuenta corriente y caja de ahorros).
 - Otros ingresos (beneficios de veteranos, ingresos de rentas, pensión alimenticia/manutención de menores).
 - Un comprobante de condición de estudiante (expediente académico no oficial o cronograma de clases actual).
 - Un comprobante de asistencia de manutención de otra persona (carta de la persona que le brinda manutención si usted no paga alquiler).
 - Firme y feche la solicitud.
- Una vez que recibamos su solicitud completa, podrá desestimar cualquier factura/estado de cuenta hasta que reciba una notificación por escrito respecto a su solicitud de asistencia financiera.
- Se esperará que quienes soliciten asistencia financiera cooperen completamente en la solicitud de cualquier programa de seguro público para el que sean considerados elegibles (p. ej., Medicaid, Child Health Plus, etc.).

Complete y presente la solicitud junto con la documentación acreditativa a:

CHSLI
245 Old Country Road
Melville, NY 11747
Attn: Patient Advocacy Division or Financial Assistance Representative

Cuando recibamos su solicitud completa y todos los documentos requeridos, evaluaremos su solicitud y le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros.

Atentamente,

TEL.: (631) 465 - 6321 o (631) 465 - 6244

Representante de asistencia financiera
Catholic Health Services of Long Island
245 Old Country Road
Melville, NY 11747

- GOOD SAMARITAN HOSPITAL
 MERCY MEDICAL CENTER
 ST. CATHERINE OF SIENA
 ST. CHARLES HOSPITAL
 ST. FRANCIS HOSPITAL
 ST. JOSEPH HOSPITAL

Información del solicitante/garante:

Nombre del solicitante/garante: _____ N.º de seguro social del garante: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____

N.º de teléfono particular: (____) ____ - ____ N.º de teléfono celular: (____) ____ - ____

N.º de teléfono laboral: (____) ____ - ____

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ N.º de seguro social del paciente: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de cuenta: _____

Relación del paciente con el solicitante/garante:

- El propio individuo
 Cónyuge
 Padre/madre/tutor legal
 Hijo(a)
 Otro:

¿Tiene seguro médico? Sí No Si la respuesta es "Sí", especifique: _____

Composición total de la familia: lista de dependientes que residen en la casa del solicitante por quienes el solicitante asume responsabilidad financiera.

Composición de la familia (cantidad de personas en el grupo familiar): _____

Marque la casilla correspondiente para cada dependiente.

	NOMBRE	EDAD	RELACIÓN			
			Cónyuge/pareja	Padre o madre	Hijo(a)	Otro
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingreso mensual bruto total en los últimos 30 días:

Fuente de ingresos	Solicitante/paciente	Cónyuge/pareja que vive con el solicitante
Salario	\$	\$
Pago del seguro social	\$	\$
Compensación de desempleo	\$	\$
Pago por discapacidad	\$	\$
Compensación de los trabajadores	\$	\$
Pensión alimenticia/manutención	\$	\$
Dividendos, intereses, ingresos por rentas	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Ingresos totales	\$	\$

Activos

- ¿Alquila su vivienda (residencia principal) o es propietario? Alquila Es propietario
- ¿Tiene una vivienda secundaria? Sí No

Cuentas bancarias

- Saldo(s) de la(s) cuenta(s) corriente(s) USD \$ _____
- Saldo(s) de la(s) caja(s) de ahorro USD \$ _____

Gastos mensuales del grupo familiar USD \$ _____

Gastos médicos pendientes (enumérelos) USD _____

Certificación del solicitante

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información y la documentación proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Comprendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de la entidad correspondiente y que cualquier declaración falsa intencional de estos datos me hará responsable de todos los gastos de hospital. Solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de mis gastos médicos. Comprendo que es mi responsabilidad informar sin demora al hospital sobre cualquier cambio en mis ingresos o activos.

X _____ / ____ / ____
Firma del solicitante/firma del paciente (padre/madre/tutor legal del menor de edad) Fecha

Envíe las solicitudes completas con la documentación acreditativa a la institución prestadora o envíe las solicitudes completas por correo a:
CHS HOSPITAL - Financial Assistance Department
Address Line 1
City, State xxxxx