

En Catholic Health Services, nos unimos humildemente para llevar la misión sanadora de Cristo y la misión de misericordia de la Iglesia Católica, expresada en el cuidado de la salud, a nuestras comunidades.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL

MERCY MEDICAL CENTER

ST.CATHERINE OF SIENA

ST. CHARLES HOSPITAL

ST. FRANCIS HOSPITAL

ST. JOSEPH HOSPITAL

Fecha _____

Estimado _____

Número(s) de cuenta(s) _____

El Programa de Asistencia Financiera de Catholic Health Services of Long Island Hospital está diseñado para ayudar a los pacientes que han recibido servicios médicamente necesarios pero que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. La elegibilidad para el programa se basa en el ingreso actual y está disponible en una escala móvil para individuos con ingresos familiares menores o iguales al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Para las personas con ingresos superiores al 150 % del FPL, no se considerarán los activos líquidos al determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. **Tenga en cuenta que los servicios médicos están excluidos de este programa.**

Al completar la solicitud de asistencia financiera, tenga en cuenta lo siguiente:

- Usted tiene treinta (30) días a partir de la fecha de esta carta para completar esta solicitud.
- Una solicitud no está completa hasta que se reciba toda la documentación aplicable. Las formas aceptables de documentación para apoyar **el ingreso familiar** (paciente/garante y cónyuge) incluyen las siguientes:
 - Cuatro (4) talones de pago más recientes
 - Copia de los pagos del Seguro Social que usted y/o su cónyuge reciben (carta de concesión de beneficios o estado de cuenta bancaria)
 - Copia de los beneficios de desempleo
 - Copia de los beneficios de compensación al trabajador
 - Otros ingresos (por ejemplo, pensión alimenticia/mantenimiento, ingresos por alquiler, beneficios para veteranos)
 - Tres (3) estados de cuenta bancarios más recientes (cheques y ahorros) (todas las páginas)
 - Prueba de la condición de estudiante (expediente académico no oficial u horario de clases actual)
 - Prueba de asistencia de otra persona (carta de la persona que lo apoya si no está pagando la renta)
 - Declaración de impuestos del año anterior
- Una vez que recibamos su solicitud completa, usted puede ignorar cualquier factura o estado de cuenta del hospital hasta que reciba una notificación por escrito con respecto a su solicitud de asistencia financiera. No haga caso omiso de las facturas/declaraciones relacionadas con los servicios médicos.
- Se espera que los solicitantes de asistencia financiera cooperen plenamente en la solicitud de cualquier programa de seguro público que creamos que usted puede ser elegible (por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus, etc).

Complete, firme, feche y devuelva la solicitud, junto con la documentación de apoyo a:

**Catholic Health Services of Long Island
245 Old Country Road – 2nd Floor
Melville, NY 11747
Attn: Financial Assistance Department**

Al recibir su solicitud completa y todos los documentos requeridos, su solicitud será revisada y nuestra determinación le será enviada por escrito dentro de treinta (30) días. Si tiene alguna pregunta no dude en contactarnos al (631) 465-6321.

Atentamente,

Representante de Asistencia Financiera

**POR FAVOR GUARDE
UNA COPIA
DE LO QUE ENVÍA
PARA USTED**

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:(____)____-____

*** Tenga en cuenta que esta aprobación se aplica solo a los servicios de hospitales. Los servicios de doctores no están incluidos.**

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"/>

Ingresos mensuales brutos totales en los últimos 30 días

Fuente de ingresos	Solicitante/paciente	Cónyuge/pareja que vive con el solicitante
Ingresos de empleo o auto-empleo (indicar todos los depositos en los extractos bancarios)	\$	\$
Compensacion por desempleo	\$	\$
Beneficios de seguro social	\$	\$
Beneficios de compensacion laboral	\$	\$
Beneficios por discapacidad	\$	\$
Pension/cuenta de retiro individual/ anualidad	\$	\$
Ingresos de inversiones	\$	\$
Otros ingresos, como ingreso del gobierno, beneficios para veteranos, asistencia publica, beneficios de huelga (indicar todos los depositos en los extractos bancarios)	\$	\$
Ingresos totales	\$	\$

Activos

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

Cuentas bancarias

Si usted no tiene Cuentas Bancarias, escriba una carta explicando como paga sus gastos mensuales, incluya los recibos de cuando hace sus pagos en dinero/efectivo o giros postales (money orders).

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

Gastos mensuales brutos totales en los últimos 30 días

Fuente de gastos	Solicitante/paciente	Cónyuge/pareja que vive con el solicitante
Alquiler hipotecario	\$	\$
Renta de alquiler	\$	\$
Gastos de manutención	\$	\$
Pension alimenticia/mantenimiento	\$	\$
Pagos de vehiculo	\$	\$
Gastos medicos	\$	\$
Gastos del hogar	\$	\$
Gastos de educacion	\$	\$
Salarios de embargo	\$	\$
Otros gastos (por favor de explicar con detalle el total de sus gastos)	\$	\$
Gastos Totales	\$	\$

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:

**Catholic Health Services of Long Island
245 Old Country Road – 2nd Floor
Melville, NY 11747
Attn: Financial Assistance Department**