



MEMORIAL HOSPITAL

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONOMICA

529 CENTRAL AVENUE
DUNKIRK, NY 14048

Nombre del paciente

Dirección

Cuenta N°. Tamaño de la familia Teléfono

Nombres de los miembros de la familia:

INGRESO MENSUAL: Indique por favor todas sus fuentes de ingresos.
Paciente/cónyuge y/o padres (si el paciente es un niño)
ACTIVOS:

- A. EMPLEO \$
B. DESEMPLEO \$
C. TRABAJA POR SU CUENTA \$
D. DISTRIBUCIÓN DE PENSIONES/IRA \$
E. SEGURIDAD SOCIAL \$
F. PENSIÓN ALIMENTICIA \$
G. MANUTENCIÓN INFANTIL \$
H. INTERESES/DIVIDENDOS \$
I. OTRO \$
J. OTRO \$
A. EFECTIVO \$
B. CUENTAS CORRIENTES \$
C. CUENTAS DE AHORROS \$
D. BONOS/ACCIONES \$
E. Otro \$
F. Otro \$
G. Otro \$
H. Otro \$

INGRESO TOTAL \$ ACTIVOS TOTALES \$

SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN DE APOYO PARA VERIFICAR SU INGRESO Y ACTIVOS

\*\*\*\* (LAS SOLICITUDES SIN LA DEBIDA DOCUMENTACIÓN SE RECHAZARÁN) \*\*\*

Pueden ser: los últimos dos comprobantes de pago, la declaración de impuestos, un estado de cuenta de la seguridad social, un estado de cuenta bancario, una notificación de desempleo, tarjetas de seguros, negación de Medicaid.

Me niego a proporcionar esta información financiera. Comprendo que al negarme a proporcionar estos datos, la máxima ayuda financiera que podría tener derecho a recibir estaría limitada al % mínimo permitido.

COMPRENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTE ESTARÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL BROOKS MEMORIAL HOSPITAL Y A REVISIÓN POR PARTE DE OTRAS PERSONAS, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CIERTA Y CORRECTA.

Firma Fecha

Nombre con letra de imprenta de la persona que completa la solicitud (si no se trata del paciente mismo) Parentesco

Envíe por favor esta solicitud y la documentación de apoyo correspondiente a la dirección que aparece arriba. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 716-363-7219.