



## CENTRO MÉDICO MONTEFIORE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

APPLICANT INFORMATION					
Nombre del Paciente				Fecha de Nacimiento:	
Dirección				Apt#	
Ciudad		Estado		Cód.Postal	
Teléfono		Parentesco con el Paciente	<i>El mismo Cónyuge Hijo Padre Abuelo(a) Nieto(a) Otro</i>		
Seguro Medico:		Tamaño de la Familia		Saldo Pendiente	
ELIGIBILITY WORKSHEET: FOR OFFICE USE ONLY					
Financial Counselor	Referral Source:			Adjusted Account Balance	
Patient MRN		HAR Number			DOS:
Proof of Income Secured	Yes    No	Supporting Documentation	1. Pay-stubs    2. Job Letter    3. Marketplace Documentation		
Verified Gross Annual Income			4. Letter of Support (If Applicable)    Other (Specify):		
The Applicant is approved for Financial Aid at the following category level (1-10)					
Application Request Date		Proof of Income Received Date			
Application Received Date		Account Adjusted Date			

<b>Financial Aid Notification Date</b>		<b>Approval/Denial Date:</b>	
<b>Approved by:</b>			
<b>DECLARACIÓN DE SOLICITUD</b>			
<p>Mi firma en esta solicitud reafirma mi autorización de asignación de beneficios y divulgación de información asociada a servicios médicos proporcionados en el Centro Médico Montefiore.</p> <p>Mientras sea elegible para Asistencia Financiera, acepto informar al Centro Médico Montefiore de cualquier cambio en mi situación familiar con relación a tamaño de mi familia, cambios en ingresos y cobertura médica que podrían cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Autorizo a mi empleador y mi emisor de seguro médico a proporcionar información al Centro Médico Montefiore sobre mis ingresos, primas de seguro médico, coseguro, copagos, deducibles y beneficios cubiertos.</p> <p>Se estoy pidiendo Asistencia Financiera debido a un accidente u otro incidente y recibo dinero debido a ese accidente o incidente de cualquier fuente, tal como Compensación del Trabajador o una aseguradora, pagaré al Centro Médico Montefiore por todo servicio médico proporcionado en el Centro Médico Montefiore y pagado o ajustado a través de Asistencia Financiera.</p> <p>Toda información en esta solicitud es verdad a mi mejor saber y entender, y acepto proporcionar documentación a pedido.</p>			
<b>Aclaración del nombre del Paciente</b>		<b>Fecha</b>	
<b>Firma del Paciente</b>			
<i>Estoy legalmente autorizado a proveer consentimiento en nombre del paciente mencionado arriba. Mi parentesco/relación con el paciente es el siguiente:</i>			
<b>Firma del Representante Autorizado:</b>		<b>Fecha</b>	
<b>Parentesco con el Paciente:</b>			

Complete esta solicitud y devuelva con comprobante de ingresos/carta de mantenimiento a cualquiera de las siguientes hospitales de Montefiore:

**Moses Campus**  
111 East 210<sup>th</sup> Street  
Bronx, NY 10467  
718-920-5658

**Wakefield Campus**  
600 East 233<sup>rd</sup> Street  
Bronx, NY 10466  
718-920-9660

**Weiler Campus**  
1825 Eastchester Road  
Bronx, NY 10461  
718-904-3551

**Westchester Square Campus**  
2475 Saint Raymond Ave  
Bronx, NY 10461  
718-430-7339

Cuando Usted a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación. Usted tienes 30 días para completar su aplicación.