



Garnet Health

Solicitud de asistencia financiera

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

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

Nombre del paciente: _____ Cuenta n.º: _____

Estado civil _____ N.º SS paciente: _____ Fecha nacim. _____ N.º tel. paciente _____

Dirección particular: _____

Hipoteca: _____ Alquiler: _____ Empleador: _____

INGRESO BRUTO MENSUAL

Fuente	Ingreso del paciente	Cónyuge - Pareja – Ingreso de los padres	Ingreso mensual total
Salario/sueldo			
Trabajo por cuenta propia			
Seguro Social			
Pensión de jubilación			
Indemnización por accidente laboral			
Desempleo			
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia			
Otro:			

Lista de los miembros de su grupo familiar

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Relación con el paciente</i>

Importante

1. La solicitud debe estar llenada y firmada.
2. Devuelva la solicitud llenada en un plazo de 30 días a la oficina de la Unidad de Defensoría Financiera de Garnet Health en una de las direcciones anteriores.
3. Su solicitud se revisará después de que se reciban todos los artículos. Se le notificará por escrito nuestra determinación en un plazo de 30 días

Lista de verificación de documentación

- (1) Id. con foto. (licencia de conducir, pasaporte, o identificación con foto emitida por la Oficina del Sheriff, etc.) (2) Prueba de ingresos (cuatro últimos recibos de sueldo, declaración de desempleo o declaración del Seguro Social). (3) Los dos estados de cuenta bancarios más recientes.

Exención de responsabilidad

Leí y comprendo las condiciones anteriores. También comprendo que toda la información en esta solicitud será verificada por el personal de Garnet Health. Este documento servirá como autorización para verificar el ingreso. Juro que todas las afirmaciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Presentar información falsa será motivo de rechazo de la elegibilidad.

Firma del solicitante

Anexo B

Fecha

mod. 07/20