

**BON SECOURS CHARITY HEALTH SYSTEM
SOLICITUD PARA OBTENER LA TARJETA DE ATENCIÓN DE
CARIDAD/ASISTENCIA FINANCIERA**

**PARTE A: INFORMACIÓN EXCLUSIVA SOBRE LA SOLICITUD
DE ATENCIÓN DE CARIDAD/ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Tamaño/Número de integrantes del grupo familiar: _____. Identifique a cada integrante de su hogar:

Nombre	Edad	Relación

Empleo de cada integrante de su hogar:

Nombre de la persona empleada	Empleador	Salario bruto
		\$ semana mes
		\$ semana mes
		\$ semana mes
		\$ semana mes

Ingreso familiar promedio (Adjuntar constancia de pagos):

	Ingresos del paciente	Ingresos del cónyuge o de otro tipo
Sueldos, salarios, propinas provenientes del empleo		
Pago del seguro social		
Indemnización por desempleo		
Incapacidad		
Indemnización laboral		
Pensión de alimentos para el cónyuge/pensión de alimentos para los hijos		
Dividendos/interés/alquileres		
Todos los demás ingresos		
TOTAL		

Seguro:

N.º de identif. de Blue Cross _____ Grupo _____ Titular de la póliza _____

N.º de Medicare _____ Denominación _____

Otro seguro Nombre _____ Número de póliza _____ Titular de la póliza _____

Deducible/Copagos del seguro \$ _____

PARTE B: EXCLUSIVO PARA SOLICITANTES DE MEDICAID

Bienes personales

Efectivo en mano/Dinero en el banco/Cta(s). de ahorro \$ _____ Banco _____
Cheques/bonos/valores (Valor en efectivo) \$ _____
Domicilio principal (Valor en efectivo) \$ _____
Otros inmuebles (Valor en efectivo) \$ _____

* * * * *

Por el presente, solicito que Bon Secours Charity Health System emita una resolución por escrito acerca de mi elegibilidad para acceder a la atención de caridad/asistencia financiera. Entiendo que, si la información que envío se considera falsa, dicha resolución puede, en consecuencia, significar el rechazo de mi solicitud y que puedo ser responsable de los cargos por los servicios proporcionados. Declaro que la información anterior está completa, es exacta y veraz, según mi leal entender.

Firmado por: _____ Fecha: _____

Bon Secours Health System se reserva el derecho de validar la información que se manifiesta en esta solicitud. Los esfuerzos para validar los ingresos personales, o la falta de estos, se llevarán a cabo en forma tal que se mantendrá la mayor confidencialidad y, de ninguna manera, generarán un informe por parte de una agencia de crédito que pueda tener un efecto adverso para el solicitante.

Si ha recibido una factura o facturas por parte del Hospital, marque aquí: _____

Una vez que haya enviado la solicitud completa junto con la documentación de respaldo a la dirección del Hospital que incluimos a continuación, puede ignorar cualquier factura hasta que el Hospital haya emitido una resolución por escrito respecto de su solicitud.

Si tiene alguna consulta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la Oficina de atención de caridad/asistencia financiera del Hospital al (866) 534-6702 o diríjase al Departamento de Admisión/Registro en uno de los siguientes hospitales:

- Bon Secours Community Hospital, 160 East Main St., Port Jervis, NY 12771
- Good Samaritan Hospital, 255 Lafayette Ave. (Route 59) Suffern, NY 10901
- St. Anthony Community Hospital, 15 Maple Avenue, Warwick, NY 10990

SÍRVASE COMPLETAR LA SOLICITUD Y ENVIAR A:

Bon Secours Charity Health System
Charity Care/Financial Assistance Office
400 Rella Blvd. Suite 308
Montebello, NY 10901

Asistente de atención de caridad/asistencia financiera:

Línea gratuita (866) 534-6702

Centro de atención al cliente: (844) 419-2701

*****NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA*****

Approved _____ Amount \$ _____ Date _____

Eligible Period _____ to _____

Applicant's Share \$ _____ Approved By _____

Denied _____ Date _____

Reason _____

Denied by _____