



374 Stockholm Street, Brooklyn, NY 11237
 APLICACIÓN PARA CARIDAD /AYUDA FINANCIERA

Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Tamano de familia/numero de personas: _____

	Ingreso Del Paciente <input type="checkbox"/> Wkly <input type="checkbox"/> Biwkly <input type="checkbox"/> Mthly	Ingreso del Conyuge <input type="checkbox"/> Wkly <input type="checkbox"/> Biwkly <input type="checkbox"/> Mthly
Salario		
Pagos Del Seguro Social		
Compensacion De Desempleo		
Compensacion De Incapacidad		
Compensacion De Empleados		
PensionAlimenticia/ Manutencion De Los Hijos		
Dividendos/Intereses/Alquileres		
Otros Ingresos		
Total		

	Patient ASSETS	Spouse ASSETS
COMPROBANDO EL BALANCE DE LA CUENTA		
SALDO DE CUENTA DE AHORRO		

Afirmo que la informacion anterior es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta formulario, llame al Consejero Financiero al 718-963-7317.

Si ha recibido una factura o facturas del hospital, consulte aquí: _____

No tiene que hacer ningún pago al hospital hasta que el hospital le envíe una carta con su decisión sobre su solicitud.

Por favor envíe el formulario completado y los archivos adjuntos a:

Wyckoff Heights Medical Center
 Financial Assistance Program, room 1-32
 374 Stockholm Street
 Brooklyn, NY 11237



Oficina de Medicaid 1-32

Documentos Necesarios para Asistencia Financiera

IDENTIFICACIÓN

Todos los siguientes documentos son requeridos como prueba de identificación:

- Certificado de Nacimiento o Pasaporte (Todos los miembros de la familia)
- Licencia de Conducir
- Expedientes de Servicio Militar
- Tarjeta del Seguro Social (Todos los miembros de la familia)

RESIDENCIA

Los siguientes documentos pueden ser presentados como prueba de residencia:

- Recibos actuales de renta o una carta notariada del propietario que indique su residencia.
- Facturas recientes de Teléfono, Gas, Cable o Electricidad
- Carta enviada a su dirección a un adulto de la familia—sellado por el correo

INGRESOS

Los siguientes documentos pueden ser presentados como prueba de ingresos:

- Cuatro (4) semanas de ingresos o carta de su empleados indicando su ingreso bruto
- Declaración de impuestos para el año mas reciente
- Si desempleado, reciente carta de apoyo o cheque del libro del desempleo

ADICIONAL

- Carta dirigida a Wyckoff Heights Medical Center pidiendo ayuda para pagar cuentas del hospital.

Porfavor traiga los documentos originales a esta oficina **entre las horas de 9:00AM-4:00PM solamente.** 718-963-7317.

Gracias,

Customer Service Representative