



GRACIE SQUARE HOSPITAL

SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Primer nombre Inicial del segundo

Dirección _____
 Número y calle, N.º de apto. Ciudad Estado Código postal

Teléfono (____) _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ Teléfono del empleador _____

Ingresos: detalle los ingresos combinados suyo, de su cónyuge y del resto del grupo familiar que recibe de:

Tipo de ingresos	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salario		
Ingresos de trabajo por cuenta propia		
Asistencia Pública		
Seguro Social		
Desempleo/Compensación de los trabajadores		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Pensiones		
Ingresos de dividendos		
Total		

El hospital le exige que presente la documentación para justificar los ingresos que ha escrito arriba. Los ejemplos de documentación podrían incluir recibos de pago, carta del empleador, si corresponde, Formulario 1040, etc.

Tamaño de la familia, familiares que viven en su grupo familiar:

Nombre	Edad	Relación

Nota: Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

ESTA SOLICITUD PUEDE PRESENTARSE EN EL HOSPITAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBROS.

UNA VEZ QUE HAYA ENVIADO UNA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE AL HOSPITAL, A LA DIRECCIÓN DE ABAJO, PUEDE HACER CASO OMISO DE CUALQUIER FACTURA HASTA QUE EL HOSPITAL HAYA ENTREGADO UNA DECISIÓN POR ESCRITO SOBRE SU SOLICITUD.

PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA, LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y FIRME EN EL LUGAR QUE SE INDICA ABAJO.

 POR LA PRESENTE SOLICITO QUE GRACIE SQUARE HOSPITAL DETERMINE POR ESCRITO MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO SOBRE MIS INGRESOS ANUALES Y TAMAÑO DE LA FAMILIA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR EL HOSPITAL. TAMBIÉN ENTIENDO QUE, SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ES FALSA, DICHA DETERMINACIÓN DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA. Y YO PODRÍA SER RESPONSABLE DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS, AUTORIZO A GRACIE SQUARE HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE A ESTA SOLICITUD.

Fecha _____ Firma del solicitante _____ Cuenta n.º _____

La solicitud completada deberá enviarse a:
 Gracie Square Hospital Patient Accounts
 420 East 76th Street New York, NY 10021
 O por FAX a: (212) 434-5479