

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

SE DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD PRUEBA DE IDENTIDAD, PRUEBA DE INGRESOS Y PRUEBA DE ACTIVOS.  
ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. **NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES PUES NO SERÁN DEVUELTOS.**

### SECCIÓN I – Información Personal

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  

Apellido
Nombre
Inicial del segundo nombre
2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_
3. Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  

Mes
Día
Año
4. Fecha inicial del servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  

Mes
Día
Año
5. Fecha solicitada del servicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  

Mes
Día
Año
6. Dirección del paciente: \_\_\_\_\_
7. Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_
8. Número telefónico: \_\_\_\_\_
9. Tamaño de la familia\* (Número): \_\_\_\_\_
10. Ciudadano de los EE. UU.:  Sí  No  Solicitud pendiente
11. Prueba de identidad (Documentación requerida: Papeles de ciudadanía, pasaporte, certificado de nacimiento, licencia de conducir o identificación de la Ciudad de Nueva York ("IDNYC")). **Maimonides requiere que el paciente presente uno de estos documentos como parte de la solicitud para asistencia financiera.** \_\_\_\_\_
12. Prueba de residencia: (Documentación requerida: Facturas de servicios públicos, recibos del pago de arrendamiento recientes o copia del contrato de arrendamiento. **Maimonides requiere que el paciente presente uno de estos documentos como parte de la solicitud para asistencia financiera.** \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II – Criterios sobre activos

Para determinar la elegibilidad para asistencia financiera para cuidado hospitalario, los activos de un adulto incluyen los activos de su cónyuge; los activos de un menor de edad incluyen los activos de su(s) padre(s) y/o tutor(es) con quien(es) el niño reside. **Maimonides requiere que el paciente presente los documentos e información indicados abajo como prueba de activos como parte de la solicitud para asistencia financiera.**

12. Activos del individuo: \_\_\_\_\_
13. Activos del cónyuge, padre(s) o tutor(es) (si aplica): \_\_\_\_\_
14. Los activos incluyen:
  - A. Efectivo (Documentación requerida: carta del paciente certificando la cantidad de efectivo disponible)  
 \_\_\_\_\_
  - B. Cuentas de ahorros (Documentación requerida: copia del (de los) extracto(s) bancario(s) de la cuenta de ahorros más reciente(s)) \_\_\_\_\_
  - C. Cuentas corrientes (Documentación requerida: copia del (de los) extracto(s) bancario(s) de la cuenta corriente más reciente(s)) \_\_\_\_\_

- D.** Certificados de depósito (Documentación requerida: copia del (de los) extracto(s) bancario(s) más recientes, que indique(n) depósitos) \_\_\_\_\_
- E.** Patrimonio en bienes inmuebles (diferente a residencia principal) (Documentación requerida: carta del contador que describa el valor del patrimonio en bienes inmuebles) \_\_\_\_\_
- F.** Otros activos (Letras del tesoro, papeles negociables, acciones y bonos corporativos) (Documentación requerida: extracto mensual o anual recibido o copia del extracto bancario que lo demuestre (si los intereses o dividendos se depositan directamente)) \_\_\_\_\_
- G. Total** \_\_\_\_\_

**\*** El tamaño de la familia incluye al paciente, el cónyuge que resida con el paciente, y cualesquiera dependientes del paciente o del cónyuge del paciente. Una mujer embarazada cuenta como dos miembros de la familia. Para pacientes menores de edad, el tamaño de la familia incluye al menor, a los padres que residen con el paciente y los dependientes de dichos padres.

### SECCIÓN III – Criterios de ingresos

Para determinar la elegibilidad para asistencia hospitalaria, el ingreso de un adulto incluye el ingreso de su cónyuge; el ingreso de un hijo menor de edad incluye el ingreso de su(s) padre(s) y/o tutor(es) con quien(es) el niño reside.

Maimonides requiere que el paciente proporcione los documentos e información indicada abajo como **prueba de ingreso** como parte de la solicitud para asistencia financiera.

El ingreso se basa en el cálculo de los ingresos de las últimas cuatro semanas antes de la fecha de servicio.

#### **15. Fuentes de ingreso:**

**A.** Salario / sueldo antes de deducciones (Documentación requerida: solicitud de programa de seguro de patrocinio público, comprobante de pago de salario de las últimas cuatro semanas o extracto bancario que muestre las últimas cuatro semanas de depósito de salario/carta del empleador, según aplique según lo siguiente)

- Si el paciente no ha radicado una solicitud para un programa de seguro de patrocinio público o si no se encuentra disponible dicha solicitud, el paciente debe proporcionar comprobantes de pago de salario de las últimas cuatro semanas, que se usarán para extrapolar el salario/sueldo del paciente para el año calendario actual.
- Si no se encuentran disponibles los comprobantes de pago de salarios, el paciente debe presentar: copia del extracto de la cuenta bancaria (si el salario se deposita directamente) o una carta del empleador que demuestre el salario bruto, impuestos y el salario neto para las últimas 4 semanas.

**B.** Asistencia pública (Documentación requerida: copia de carta de aceptación del Departamento de Servicios Sociales indicando el monto mensual recibido) \_\_\_\_\_

**C.** Beneficios de Seguro Social (Documentación requerida: copia de carta de otorgamiento de Seguro Social o copia del extracto de la cuenta bancaria (si el Seguro Social se deposita directamente)) \_\_\_\_\_

**D.** Compensación por Desempleo y Compensación al Trabajador (Documentación requerida: copia de carta de otorgamiento de la compensación, copia del cheque o copia del extracto de cuenta bancaria que demuestre el depósito directo (si las compensaciones se depositan directamente)) \_\_\_\_\_

**E.** Beneficios de veteranos. (Documentación requerida: copia de cheque recibido, carta de otorgamiento de la Administración de Veteranos (si se encuentra disponible), o copia de extracto de cuenta bancaria (si el beneficio se deposita directamente)) \_\_\_\_\_

**F.** Pago de alimentos/manutención. (Documentación requerida: copia de sentencia de divorcio que muestre el monto de manutención otorgado, copia del cheque recibido o copia del extracto de cuenta bancaria (si la manutención se deposita directamente)) \_\_\_\_\_

**G.** Otro aporte monetario. (Documentación requerida: copia de cheque recibido o copia del extracto de cuenta bancaria que demuestre el ingreso recibido (si se deposita directamente))  
\_\_\_\_\_

**H.** Pagos de pensión. (Documentación requerida: copia de cheque recibido, carta de otorgamiento (si se encuentra disponible) o copia del extracto de cuenta bancaria (si el pago se deposita directamente)).  
\_\_\_\_\_

**I.** Seguro o pagos de anualidades. (Documentación requerida: copia de cheque recibido mensualmente o copia del extracto de cuenta bancaria (si el pago se deposita directamente))  
\_\_\_\_\_

**J.** Dividendos/Intereses. (Documentación requerida: copia de cheque recibido o copia de extracto de cuenta bancaria que muestre el ingreso recibido (si se deposita directamente)) \_\_\_\_\_

**K.** Ingreso por arrendamiento. (Documentación requerida: carta del contador que indique el monto de ingreso por arrendamiento anual) \_\_\_\_\_

**L.** Ingreso comercial neto (trabajador independiente/verificado por fuente independiente) (Documentación requerida: carta firmada del contador que indique el monto bruto, impuestos y monto neto recibido semanal, quincenal o mensualmente, según aplique.) \_\_\_\_\_

**M.** Otros (beneficios por huelga, becas de capacitación, asignaciones para familia de militares, ingreso de herencias y fideicomisos) (Documentación requerida: copia de cheque recibido o carta del contador que documente otro ingreso recibido) \_\_\_\_\_

**N. Total** \_\_\_\_\_

---

#### **SECCIÓN IV – Certificación del solicitante**

Entiendo que la información que presento se encuentra sujeta a verificación por la entidad de salud relevante. Información falsa de estos hechos me hará responsable por todos los costos hospitalarios.

Si lo solicita la entidad de salud, solicitaré asistencia médica privada o gubernamental para pagar la factura del hospital.

Certifico que la anterior información relacionada con el tamaño de mi familia, ingresos y activos es veraz y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio de estatus en relación con mis ingresos o activos.

**16.** Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

**17.** Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                  MES                  DÍA                  AÑO

**Con la presentación de una solicitud diligenciada, incluyendo cualquier información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad, por favor ignore cualquier factura hasta que Maimonides tome una decisión sobre la aprobación o negación de la solicitud.**

**Rev. 11/15**