



321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

USTED DEBE SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA DENTRO DE LOS 120 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE DESCARGA. ESTE FORMULARIO COMPLETADO JUNTO CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS DEBEN SER DEVUELTOS A LA OFICINA DE NEGOCIOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS PARA SER CONSIDERADOS. ESTA SOLICITUD CUBRIRÁ UN PERÍODO PROSPECTIVO DE 6 MESES.

Nome: Cognome _____ Primo _____ Iniziale del secondo nome _____
Indirizzo _____

: _____ Città / stato _____ Cap _____

Fecha de nacimiento de los pacientes: ____/____/____. Sicurezza sociale: _____

Telefono di casa () _____ Datore di lavoro _____

Verifica del reddito: OBBLIGATORIO () Declaraciones de impuestos más recientes () Período de 2 meses

Pagar Stubs () Dichiarazioni di beneficio () Altro (specificare) _____ Negazione di Medicaid (se applicabile) _____

Si no se devuelve el comprobante de ingresos con esta solicitud, la asistencia financiera se retrasará o denegará.

Número de personas en el hogar _____

Ingreso Bruto del Paciente/Garante \$ _____

Ingreso bruto de los cónyuges (si corresponde) \$ _____

Pagos de la Seguridad Social no incluidos en los ingresos brutos \$ _____

Pensiones y anualidades no incluidas en los ingresos brutos \$ _____

Otros ingresos: (especificar) Ex: pensión alimenticia, manutención infantil, etc. \$ _____

Ingreso Familiar Bruto Total \$ _____

(Si sus ingresos están por debajo de las Pautas Federales de Pobreza, es posible que se le pida que solicite Medicaid)

Table with 4 columns: Data del servizio, Nome dei pazienti, Account #, Equilibrio. It contains 5 empty rows for data entry.

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, presentaré la solicitud de asistencia o pago de terceros (Medicare, Medicaid, Seguros, etc.) que pueda estar disponible para el pago de los cargos del hospital. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada contra los cargos, que están sujetos a esta solicitud, independientemente de cuándo se reciba dicho pago. Entiendo que esta solicitud se hace con el propósito de establecer la elegibilidad para los servicios bajo el Programa de Asistencia Financiera de Oneida Health. Si más adelante se determina que la información que he proporcionado en relación con esta solicitud es incorrecta, la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera se reevaluará en base a la información correcta y puedo ser responsable del pago de cualquier servicio que se considerara elegible anteriormente.

Rapporto con il paziente (s) _____ Firma _____ Data _____

Nuestra oficina de negocios está abierta de lunes a viernes de 9 a. m. a 3 p. m. Si tiene preguntas con respecto a esta solicitud por favor llame al 315-361-2230. Gracias