



Bellevue Woman's Center
Ellis Health Center
Ellis Hospital

Instrucciones para la Solicitud de Ayuda Financiera

Por este medio, presento una solicitud para el Programa de Ayuda Financiera de Ellis Medicine. Entiendo que debo cumplir con los siguientes requisitos y que el incumplimiento de alguno o todos los requisitos dará lugar a la denegación de mi solicitud de Ayuda Financiera. Toda declaración falsa dará lugar a la denegación de esta solicitud y de todas las solicitudes futuras.

Aquellos pacientes que puedan calificar para un programa gubernamental (Medicaid u otro programa gubernamental) serán remitidos al programa correspondiente para llenar una solicitud. Ellis Medicine tiene Asesores Financieros que pueden ayudar en este proceso.

ENTIENDO QUE DEBO:

1. Proporcionar constancia de todos mis "Ingresos Familiares", incluidos aquellos ingresos provenientes de las personas que figuran en la solicitud como familia.

Verificación aceptable de ingresos:

- **Nóminas mensuales más recientes**
- **Toda documentación oficial que demuestre claramente la propia situación financiera, es decir, cheque de pensión, cheque del Seguro Social o beneficios por desempleo**

2. Presentar todos los pagos de seguro a mi nombre efectuados por cualquier compañía de seguros como resultado de la emisión de facturas por las cuales estoy haciendo esta solicitud. Entiendo que el porcentaje de descuento que reciba será por los saldos pendientes de pago después de haberse aplicado todas las demás fuentes de pago.

La Ayuda Financiera cubre la obligación financiera del paciente después de haberse aplicado TODOS los pagos y ajustes de las aseguradoras o aquellos realizados por mi persona.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

(Para uso oficial solamente)

Recibido por: _____

Fecha: _____

Solicitud para el Programa de Ayuda Financiera

1. Nombre de los pacientes que presentan la solicitud
(Puede incluirse cónyuge e hijos): Fecha de nacimiento:
- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- (Utilice la parte de atrás de la página si necesita más espacio)*

2. Persona responsable: _____
(la persona responsable del pago de esta factura)

3. Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal _____

4. Número de teléfono: _____ Número de integrantes de la familia: _____

5. Ocupación: _____

6. Nombre de la aseguradora (si aplica) _____

7. N° de ID _____ N° de grupo (si aplica) _____

Indique los miembros del grupo familiar:

Nombre	Fecha de nacimiento	N° de Seguro Social	Relación con el paciente	Ingreso bruto mensual
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

(Utilice la parte de atrás de la página si necesita más espacio)

INGRESOS FAMILIARES

Todos los elementos mencionados se refieren a todo el grupo familiar

Adjunte documentación de apoyo de todos los ingresos registrados

1. Salarios brutos de todo el grupo familiar (nómina más reciente) _____
2. Seguro Social/pensión _____
3. Asistencia pública _____
4. Compensación a los trabajadores _____
5. Manutención de menores _____
6. Pensión alimenticia _____
7. Asignaciones militares familiares _____
8. Beneficios por desempleo _____
9. Otras fuentes de ingresos _____
- Total: _____

Certifico que todos los elementos mencionados en esta solicitud son fieles y exactos

Firma del solicitante:

Fecha: _____

Si se determina que la documentación utilizada para comprobar la elegibilidad es fraudulenta, entonces toda ayuda financiera que haya sido aprobada será revocada, y se procederá con todas las gestiones normales de cobro.

El Programa de Ayuda Financiera no se aplica a ninguna solicitud de tratamiento bariátrico y cosmético ni a ciertos servicios dentales (que incluyen, entre otros, dentaduras postizas, revestimientos de dentaduras, ajustes de dentaduras después de los seis meses de la fecha de entrega, coronas, dientes pilares, implantes, endodoncias, pernos y coronas, tratamientos cosméticos y protectores oclusales/nocturnos). Este programa tampoco cubre los servicios que no sean médicamente necesarios, ni los ingresos a nuestro Centro de Enfermería Especializada. Los cargos relacionados con el hecho de no presentarse a una cita no se ajustarán si se aprueba la ayuda financiera.

Llene la solicitud adjunta y envíela a:

**Ellis Medicine -PFS - Mail code 1935
1101 Nott Street
Schenectady, New York 12308**

Si tiene alguna pregunta, llame al: 518.243.1591

Nota: La solicitud debe devolverse con la documentación requerida dentro de los 30 días siguientes a la fecha de esta solicitud.