

# Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente/solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)
--

**Albany Med Health System entiende que recibir atención médica a veces incluye gastos que son inesperados y que usted podría necesitar ayuda con eso. Tenemos un programa de ayuda económica y recursos que pueden ayudarlo.**

**El primer paso para buscar este apoyo es completar esta solicitud de ayuda económica y presentar los documentos que se indican abajo. Toda la información será confidencial y servirá para guiar nuestros procesos. Marque los documentos de abajo que haya incluido.**

<input type="checkbox"/>	<b>Solicitud completa de ayuda económica</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Indique si no necesitó presentar la declaración de impuestos</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Copia completa de la última declaración de impuestos federal sobre los ingresos para el grupo familiar</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Si trabaja actualmente, copias de los últimos 4 talonarios de pago consecutivos del paciente, garante (si no es el paciente) y cónyuge/pareja doméstica</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Últimos dos estados bancarios consecutivos (cheques/ahorros), estado de inversiones y otros activos</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Si es un trabajador independiente, copias del formulario de impuestos federal del Anexo C</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Si está jubilado y recibe el Seguro Social, una copia del formulario SSA 1099</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración del Seguro Social por incapacidad</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración de compensación al trabajador</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración de desempleo</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Beneficios de veteranos</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Declaración de pensión</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Asistencia pública</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Carta de determinación de Medicaid</b>

# Solicitud de ayuda económica

Nombre del paciente/solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)
--

## Paciente (información completa que corresponda)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de contacto:	Estado civil:		

## Persona responsable (complete esta sección si la persona responsable no es el paciente)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de contacto:	Estado civil:		

## Cónyuge/pareja doméstica y dependientes (enumere todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento	Ingreso
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Entiendo que la información que envíe está sujeta a una verificación por parte de Albany Med Health System. Certifico que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Mi firma indica que sé que la verificación se hará por medios incluyendo averiguaciones con una agencia de informes crediticios y verificación de empleo.

Nombre del paciente/persona responsable en letra de molde:	Fecha:
Firma del paciente/persona responsable:	

Solo para uso administrativo: Porcentaje aprobado:	Período de aprobación:
---	------------------------

## Solicitud de ayuda económica

**Marque en la lista de lugares de abajo donde el paciente recibió atención y envíe la solicitud a la dirección que se indica a la derecha. Si varios proveedores de atención prestaron los servicios, solo debe enviar una solicitud a uno de los hospitales donde recibió atención.**

	Albany Medical Center Hospital	Albany Medical Center Patient Financial Services Atten: Financial Aid Specialist 1275 Broadway Albany, NY 12204
	Albany Medical College (incluyendo los centros de atención de emergencias y urgencias)	
	The Columbia Memorial Hospital	Columbia Memorial Health Patient Financial Services PO Box 2000 Hudson, NY 12534
	Columbia Memorial Regional Medical, PLLC	
	Glens Falls Hospital	Glens Falls Hospital Patient Financial Services Attn: Financial Assistance 100 Park Street Glens Falls, NY 12801
	Glens Falls Medical, PLLC	
	Healthcare Partners of Saratoga, Ltd (Malta Med Emergent Care)	Saratoga Hospital Patient Financial Services PO Box 5178 Saratoga Springs, NY 12866
	The Saratoga Hospital	
	Saratoga Regional Medical, P.C.	

..