



White Plains  
Hospital

Si usted necesita asistencia con un  
consejero financiero, favor de llamar al  
(914)681-1030 para hacer una cita.

**Centro hospitalario de White Plains notificación  
Al paciente concerniendo ayuda financiera/ servicio de beneficencia**

El centro hospitalario de White Plains reconoce que hay momentos en que los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar por los servicios prestados. White Plains, el programa del Hospital asistencia financiera ofrece descuentos a las personas que califiquen sobre la base de sus ingresos. Además, podemos ayudarle a solicitar el seguro gratis o a bajo costo si usted califica. Póngase en contacto con nuestro consejero financiero en (914) 681-1030 para recibir asistencia confidencial.

Asistencia financiera está disponible para los pacientes con bajos ingresos y sin seguro medico. Toda persona en el estado de Nueva York, que necesita los servicios de emergencia puede recibir atención médica y obtener un descuento si se cumplen los límites de ingresos

Toda persona que vive en Westchester, Bronx, Putnam, Orange, o Rockland puede obtener un descuento en los servicios que no son de emergencia y médicamente necesarios en el Hospital de White Plains si cumplen los límites de ingresos. No se puede negar la atención médica por que necesita ayuda financiera. La solicitud se acepta en cualquier momento en las cuentas con balances abierto.

Cuando se aplica, debe presentar los siguientes documentos para poder evaluar correctamente su situación financiera.

- 1) Identificación válida con foto
- 2) Talones de pago actuales (últimos 6) o de la declaración del Empleador
- 3) Prueba de residencia (facturas de servicios públicos: Con Ed, factura Telefónica)
- 4) 3 meses de estados de cuenta bancarios de todas sus cuentas
- 5) Carta de Ingresos del Seguro Social (si procede)

Si usted piensa usted puede ser elegible para la asistencia financiera y desea solicitar, por favor póngase en contacto con el departamento de cuenta del paciente al (914) 681-1004.

White Plains Hospital le enviará una carta dentro de los 30 días después de la finalización y presentación de la documentación, que le dice si usted ha sido aprobado y el nivel de descuento que ha recibido. Durante este tiempo el hospital no entregara su caso a ninguna agencia de cobros hasta que se tome la decisión final sobre su caso.

Favor de enviar solicitud y copia de los documentos solicitados a:

White Plains Hospital Center  
Attention: Patient Accounts  
41 East Post Road  
White Plains, NY 10601



White Plains  
Hospital

RECV'D

Centro hospitalario de White Plains  
ASISTENCIA FINANCIERA/SERVICIO DE BENEFICIA

Si usted cree que puede ser elegido para recibir asistencia financiera y desea aplicar, por favor llame al de ayuda al paciente al 681-1004.

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ MIEMBROS DE FAMILY \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 EMPLEADOR (SOLICITANTE) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR (CONYUGE) \_\_\_\_\_

\*SI EL SOLICITANTE ES UN MENOR POR FAVOR INCLUYA INFORMACION DE EMPLEO DE LOS PADRES

ALGUIEN MAS TE PUEDE RECLAMAR EN SUS INPUESTOS? YES NO

Nombre	Relacion al paciente	Fecha de nacimiento

DEFINICIÓN DE INGRESOS CONSIDERADOS COMO OTRAS FUENTES DE GANANCIAS

	Paciente	Conyuge	Madre	Padre
Salario				
Beneficios de Seguro Social				
Compensación por desempleo				
Discapacidad				
Compensación a los trabajadores				
Pensión alimenticia / manutención de los hijos				
Los dividendos / intereses / ingreso de alquiler				
Todos los demás ingresos				
Total				

Centro hospitalario de White Plains

Notificación individual escrita a todos los pacientes

Notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera/servicio de beneficencia

En reconocimiento de que todos los pacientes que buscan atención de salud de Hospital de White Plains no puede tener los recursos financieros o la cobertura de seguros para costear la atención, el Hospital pondrá a disposición una cantidad razonable de servicios no remunerados a personas que cumplan los requisitos de elegibilidad. La elegibilidad del paciente para la ayuda financiera está determinada por la medición de los ingresos familiares en contra de las Guías Federales de Pobreza de ingresos establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

DECISIÓN FINAL CONCERNIENTE A LOS FONDOS DE BENEFICENCIA

FECHA DEL SERVICIO \_\_\_\_\_

NÚMERO(S) DE CUENTA \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

En la presente certifico que la información dada al centro hospitalario de White Plains es verdadera y correcta. Autorizo al centro hospitalario de White Plains para que verifique cualquier información dada si se considera necesario. Si un seguro médico decide cubrir todos los gastos relacionados con este servicio médico, yo acepto asignar todos los beneficios dados por este seguro al centro hospitalario de White Plains.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

▼ A continuación solo para uso hospitalario ▼

\*\*\*\*\*

**NOTIFICACIÓN AL PACIENTE SOBRE LA DECISIÓN FINAL CONCERNIENTE A LOS FONDOS DE BENEFICENCIA:**

Razón de negación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si decide apelar/ Notificación de la apelación**

Fecha \_\_\_\_\_ Decisión \_\_\_\_\_

<p>INCOME: + _____</p> <p>ASSETS: + _____</p> <p>TOTAL: _____</p> <p style="text-align: right;">FAMILY SIZE: _____</p>	<p><b>FINANCIAL ASSISTANCE APPROVAL RATE:</b></p> <p style="text-align: center;">100%    75%    50%    25%</p> <p><b>COPAY COVERAGE    NOMINAL FEES</b></p>
--	---