



**SITE:**

MSBIB	<input type="checkbox"/>	MSBI	<input type="checkbox"/>	MSH NY	<input type="checkbox"/>	MS NYEEI	<input type="checkbox"/>
MSH Qns	<input type="checkbox"/>	MSSL	<input type="checkbox"/>	MSRH	<input type="checkbox"/>	REAP	<input type="checkbox"/>
		HEAL RH	<input type="checkbox"/>	HEAL SL	<input type="checkbox"/>		

SPANISH

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Solicitado por: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido                                  Nombre                                  Inicial del segundo nombre o apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle    ciudad    estado    código postal:

Tipo de servicio proporcionado o solicitado: ( ) Paciente interno ( ) Paciente externo ( ) DTC ( ) Cirugía ambulatoria ( ) ED ( ) Servicios especiales/Referencia ambulatoria ( ) RTC/Dubin/MSBIMC Centro oncológico completo West MSBIMC Radiología Oncología ( ) Petrie/PACC/ Roosevelt Division

Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_

**Declaración del solicitante:**

Certifico que la información anterior es correcta. Entiendo que la información proporcionada por mí está sujeta a verificación por (El sistema de salud Mount Sinai o las personas que este designe) y está sujeta a estudio. Además daré todos los pasos necesarios para solicitar cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar a mi disposición para pagar mi factura del hospital. Tomaré todas las medidas necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la suma obtenida para cubrir dichos gastos. Entiendo que si alguno de los datos proporcionados resulta no ser cierto el hospital podrá volver a evaluar mi situación financiera y tomará cualquier medida que considere necesaria. Entiendo que no será necesario realizar pagos y que puedo hacer caso omiso de las facturas del hospital mientras se procesa mi solicitud.

\_\_\_\_\_ Firma    Fecha    Nombre

\_\_\_\_\_ Parentesco

**ELIGIBILITY DETERMINATION (For Office Use Only)**

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Patient Number: \_\_\_\_\_

**Family Income:**

Current Monthly Income (wkly x 4.333)	Annual Income (based on current x12)	Family Size

Income Verified: ( ) Yes ( ) No    Type of Verification: ( ) Pay Stubs ( ) Other (specify below)

Family Composition Verified: ( ) Yes ( ) No

( ) The application is approved for a Financial Assistance discount under level \_\_\_\_ or F/C allocation \_\_\_\_.

( ) OPD/DTC visits approved at Category ( ) of the schedules.

( ) The applicant's request for Financial Assistance has been denied for the following reason(s)

Date of Determination: \_\_\_\_\_ Initiated By: \_\_\_\_\_

Authorization period \_\_\_\_\_ Reviewed/Approved By: \_\_\_\_\_  
Print Name and Sign

Exception to policy reason \_\_\_\_\_ Approved by \_\_\_\_\_  
Print Name and Sign

**Applications must be filed within 240 days from the point of service. Applications must be completed within 30 days from the point of application. If this application is denied, please follow the appeal instructions attached hereto. Denials MUST be appealed with in 30 days of the adverse decision in accordance with Part 10 of the policy.**

**IF YOUR APPEAL IS UNSUCCESSFUL OR, IF YOU DO NOT AGREE WITH THE DECISION; YOU MAY CONTACT THE NYS DEPARTMENT OF HEALTH AT 1-800-804-5447**