



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

---

Según las directrices de asistencia para el pago por cuenta propia, los centros de atención médica están obligados a poner a disposición un volumen razonable de sus servicios sin cargo o con un cargo reducido para aquellos pacientes cuyos niveles de ingresos cumplen los criterios establecidos. Usted puede ser elegible para esa asistencia. Sin embargo, esto no se aplica a los copagos, deducibles o coaseguros.

Para que el Blythedale Children's Hospital determine su elegibilidad, necesitaremos que complete la solicitud adjunta y la devuelva al Hospital. Procesaremos su solicitud y le notificaremos en un período de una semana si corresponde la asistencia financiera.

En caso de que elija renunciar a este ofrecimiento, complete el formulario "Exención de asistencia financiera" abajo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina Comercial llamando al (914) 592-7555 ext. 71478 o (914) 831-2481.

---

### **RENUNCIA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Yo, \_\_\_\_\_, (padre/madre/garante) quiero rechazar el ofrecimiento de asistencia financiera para el pago de las obligaciones incurridas por los servicios prestados a (nombre del paciente) \_\_\_\_\_.

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

**Firma del padre/madre/garante**