



Nombre del paciente: _____ Cuenta #: _____

Dirección: _____

Nombre(s) padre(s): _____

Según la Ley de Asistencia Financiera Sanitaria del Estado de Nueva York, los centros sanitarios están obligados a ofrecer sus servicios sin coste o a un precio reducido a aquellos pacientes cuyos niveles de ingresos cumplen con los criterios establecidos y solicitan dicha ayuda financiera. Puede que tengas derecho a dicha ayuda.

Para que el Hospital Infantil de Blythedale determine tu elegibilidad, debes completar la solicitud adjunta y devolverla al Departamento de Cuentas de Pacientes del Hospital Infantil de Blythedale. Procesaremos su solicitud y le notificaremos en un plazo de un mes si alguna ayuda financiera es aplicable.

En caso de que decidas renunciar a esta oferta, por favor completa el formulario "Exención de Asistencia Financiera" que aparece a continuación.

Por favor, contacte con el Departamento de Cuentas de Pacientes en el (914) 831-1786 para cualquier pregunta.

EXENCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

I, _____, (Padre/Garante) desea rechazar la oferta de ayuda financiera para cubrir la responsabilidad asumida por servicios prestados a (nombre del paciente) _____.

X _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Aval