

For Internal use only

Account # \_\_\_\_\_

**NYU Langone Health Faculty Group Practice  
Solicitud de ayuda económica**

Envíe la solicitud completada y los documentos de respaldo a:

**NYU GROSSMAN SCHOOL OF MEDICINE  
FACULTY GROUP PRACTICE  
P.O. BOX 415662  
BOSTON, MA 02241**

N.º de fax: 646-754-7566

Correo electrónico: NYUPhysicianServices@nyulangone.org

Los pacientes que reciben tratamiento en NYU Langone Health Faculty Group Practice (FGP) son responsables de pagar todos los gastos de bolsillo correspondientes asociados con su atención, incluyendo los copagos, los coseguros o los deducibles.

El programa de ayuda económica de FGP da descuentos a las personas de bajos ingresos que no tienen seguro médico o que han agotado sus beneficios del seguro médico y que cumplen ciertas directrices de ingresos para recibir servicios elegibles. Las exclusiones para este programa incluyen, entre otras, servicios que no están cubiertos y procedimientos electivos para pacientes inscritos en planes de seguro con los que los proveedores no tienen contrato.

**Para ser elegible, un paciente debe vivir en el estado de Nueva York o en el estado en que se prestaron los servicios, y ser ciudadano americano o residente legal.** Consideraremos las solicitudes según cada caso. Esta solicitud no se aplica para ningún saldo en NYU Langone Health Hospital.

Para asegurar el procesamiento oportuno, **envíe toda la documentación solicitada en un plazo de 14 días laborables.**

<b>Información del paciente</b>	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de solicitud		
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
	Teléfono de casa (    )                      Preferido ☐		Teléfono del trabajo (    )                      Preferido ☐		Teléfono celular (    )                      Preferido ☐	
	SSN	Fecha de nacimiento	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otro:			

<b>Información financiera</b>	<b>Paciente</b> Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra:	<b>Garante</b> Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra:	
	<b>Cónyuge</b> Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra:	Sueldo mensual/Desempleo/Ingresos por discapacidad	
	Último día que trabajó (si corresponde)	Tamaño del grupo familiar	Ingresos totales del grupo familiar

Los documentos que se piden abajo son necesarios para proceder con el proceso de revisión. *Incluya documentación para cada miembro del grupo familiar.*

**Solicitud de ayuda económica** firmada **y completada**, y cualquiera de los siguientes que se apliquen a usted:

1. Copias de comprobantes de pago del mes pasado.
2. Formularios W2 o 1099 más recientes para solicitantes autónomos.
3. Declaración de impuestos 1040 más reciente, incluyendo comprobante del tamaño del grupo familiar.
4. La documentación para confirmar el desempleo debe incluir el nombre del solicitante y la cantidad del beneficio semanal.
5. Carta notariada que confirme el desempleo y que especifique que no tiene ingresos o si está recibiendo pagos en efectivo.
6. Carta de suspensión/terminación del empleo, con fechas.
7. Carta de verificación de beneficios del Seguro Social.

### CERTIFICACIÓN

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. También certifico que la información proporcionada en la solicitud coincide con mis documentos de respaldo. Entiendo que dar información falsa o engañosa hará que no sea elegible para recibir ayuda económica. *Entiendo que el proceso no podrá comenzar si la solicitud está incompleta o si faltan documentos de respaldo.* Autorizo a que se revele cualquier información necesaria para verificar los datos proporcionados y para fines de facturación y cobros según las leyes federales y estatales aplicables.

Entiendo que esta solicitud se presenta para que Faculty Group Practice pueda determinar mi elegibilidad para recibir ayuda económica basándose en los criterios establecidos en el expediente.

Además, acepto dar la información adicional que se pida para determinar la elegibilidad en un plazo de 14 días. Acepto informar a NYU Langone Health Faculty Group Practice (FGP) de cualquier cambio en mis necesidades, mi elegibilidad para un seguro, mis ingresos, mis propiedades, mi situación de vida o mi dirección, si se produce alguno.

**Comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente llamando al 877-648-2964 si tiene preguntas sobre su solicitud.**

Firmando abajo, reconozco que la información que di es correcta, en la medida de mis capacidades.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del garante (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_