

SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA NO COMPENSADA

1. NOMBRE DEL PACIENTE _____ N.º DEL SEGURO SOCIAL _____
2. NOMBRE DEL PADRE (si el paciente es menor de edad) _____ N.º DEL SEGURO SOCIAL _____
3. NOMBRE DEL CÓNYUGE _____ N.º DEL SEGURO SOCIAL _____
4. DIRECCIÓN DONDE USTED RESIDE ACTUALMENTE: _____

5. DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la dirección anterior): _____

6. CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA _____

7. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(Enumere todas las personas que residen en su hogar)

Nombre	Relación con el paciente	Dirección del empleador	Ingresos mensuales

8. INGRESOS FAMILIARES TOTALES DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES \$ _____ ÚLTIMOS 3 MESES \$ _____

9. ¿Hay otros ingresos en la familia? _____ (en caso afirmativo, indique la fuente y el monto mensual de ingresos)

10. GASTOS MENSUALES

ALQUILER/HIPOTECA	\$	TRANSPORTE	\$
PAGO DEL AUTO N.º 1	\$	CUENTAS DE CRÉDITO	\$
PAGO DEL AUTO N.º 2	\$	MANUTENCIÓN DE MENORES	\$
SERVICIOS PÚBLICOS	\$	OTRO	\$
ALIMENTOS	\$	TOTAL	\$

Mount Sinai

MEDICAL CENTER

11. ¿Solicitó Asistencia Pública (es decir, MEDICAID, SSI) para pagar sus facturas médicas? _____. ¿Cuál fue el resultado de su caso? _____.

12. ¿Desea que consideremos otra información para la revisión de su solicitud?

Entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de Mount Sinai Medical Center. Certifico que la información anterior es verdadera y exacta, y entiendo que, conforme al Artículo 817.50 de los Estatutos de la Florida, proporcionar información falsa para estafar al hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor.

Acepto solicitar cualquier tipo de ayuda, por ejemplo Medicaid, seguro social, etc., para pagar los gastos del hospital y tomaré las medidas necesarias para obtener dicha ayuda. Entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi situación económica en cualquier momento.

Por este medio, autorizo a Mount Sinai Medical Center, o a sus representantes, a realizar una verificación de crédito y de empleo.

Firma de la persona que realiza la solicitud
MIA 292697-2.064061.0011

Fecha

Testigo