



Charity Care Program
 Financial Counseling Services
 726 Exchange Street, 2nd Floor
 Buffalo, NY 14210
 Office: 716-859-8979 Fax: 716-859-8674

**SOLICITUD PARA DESCUENTO
 CHARITY CARE
 Información:**

Nombres y fechas de nacimiento de cada persona que reside en el hogar:

Apellido Paterno- Apellido Materno	Nombre	Fecha de Nacimiento

Dirección :

Teléfono:

Teléfono Celular:

Bienes:

Liste todas las cuentas bancarias (excluya cuentas de retiro)
 Incluya copias de estado de cuentas

Cuentas Bancarias:

No. Cuenta _____
 Banco: _____
 Balance: _____
 No. Cuenta Ahorros _____
 Banco: _____
 Balance: _____

Entrada Mensual del Hogar:

Salarios: _____
 Seguro Social: _____
 Incapacidad _____
 Desempleo : _____
 Manutención : _____
 Pensión: _____
 Dividendos, _____
 Intereses: _____
Renta _____
Otras entradas _____

Lleno usted una solicitud para *Medicaid, Family Health Plus, o Child Health Plus?*

Si No

Si contesto SI, por favor provea prueba de elegibilidad o negación.



Charity Care Program
Financial Counseling Services
726 Exchange Street, 2nd Floor
Buffalo, NY 14210
Office: 716-859-8979 Fax: 716-859-8674

Yo certifico que la información proveída en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, solicitare para asistencia de *Medicaid, Medicare, Insurance*, etc., el cual puede pagar por mis servicios del hospital, y tomare acción razonable y necesaria para obtener tal asistencia y asignar o pagar el hospital la cantidad recobrada para los cargos del hospital.

Yo entiendo que esta solicitud esta hecha de tal manera que el hospital pueda determinar mi elegibilidad bajo la póliza de Kaleida Health *Charity Care*. Si alguna información proveída resulta ser falsa, yo entiendo que el hospital puede re-evaluar my estatus financiero y tomar cualquier acción apropiada.

Acuerdo en proveer información necesaria para determinar my elegibilidad. Acuerdo en informar a Kaleida Health de cambios en mis necesidades, elegibilidad para seguro, entrada financiera, y cambio de dirección en cuanto ocurran.

Yo entiendo que tengo 120 días desde el día de servicios para someter esta solicitud.

Firma : _____ Fecha: _____

Firma : _____ Fecha: _____

Representante: _____ Relacion: _____

Fecha _____