



**Solicitud de Asistencia Financiera del Jamaica Hospital**  
**Jamaica Hospital Financial Aid Application**

**Nombre / Name** \_\_\_\_\_

**Dirección / Address** \_\_\_\_\_

**Teléfono / Phone** \_\_\_\_\_

**Número de integrantes en su familia o de personas que viven en su casa** *Family size/number in household*

	<b>Ingresos de el/la paciente</b> <i>Patient income</i>	<b>Ingresos de el/la cónyuge</b> <i>Spouse income</i>
<b>Salarios / Salary</b>		
<b>Pago del Seguro Social</b> <i>Social Security payment</i>		
<b>Seguro por desempleo</b> <i>Unemployment compensation</i>		
<b>Discapacidad / Disability</b>		
<b>Compensación al trabajador por accidentes de trabajo</b> <i>Workers compensation</i>		
<b>Pensión alimenticia/manutención de menores / Alimony/child support</b>		
<b>Dividendos/intereses/alquileres</b> <i>Dividends/interest/rental</i>		
<b>Total de otros ingresos / All other income</b>		
<b>Total / Total</b>		

Afirmo que la información detallada más arriba es cierta, completa y correcta a mi mejor y leal saber y entender.

**Firmado / Signed** \_\_\_\_\_ **Fecha / Date** \_\_\_\_\_

Si tiene dudas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la Oficina Financiera al 718-206-8270 o (718) 206-\_\_\_\_\_.

Si ha recibido una factura o facturas del hospital, marque aquí *If you have received a bill or bills from the hospital, check here* \_\_\_\_

**Número de cuenta / Account number** \_\_\_\_\_

Usted no debe hacer pagos hasta que reciba una carta del hospital comunicándole la decisión sobre su solicitud.

Envíe el formulario completado y los documentos adjuntos a:  
**Financial Investigation Department**  
**Jamaica Hospital Medical Center**  
**90-28 Van Wyck Expressway, 2do Piso**  
**Jamaica, NY 11418**