



caremountmedical.com

CareMount Medical

Programa de Ayuda Financiera

CareMount Medical reconoce que existen ciertas ocasiones cuando los pacientes que necesitan atención médica tienen dificultades para pagar por los servicios prestados. El Programa de Ayuda Financiera de CareMount Medical ofrece descuentos para las personas que califican en base a sus condiciones económicas. Por favor, llámenos al 914-242-1388, envíenos un correo electrónico a billinginquiry@cmmedical.com, o visite nuestro Departamento de Ayuda al Paciente en 110 South Bedford Road, en Mount Kisco, para presentar su solicitud o realizar cualquier consulta.

Le invitamos a que nos proporcione la siguiente documentación:

1. Solicitud completa.
2. Una copia de su declaración de impuestos más reciente.
3. Prueba de los beneficios que recibe, tales como Seguro Social, subsidio por desempleo, o cualquier otro tipo de ingreso.
4. Carta de cualquier hospital local aprobando los cuidados médicos de caridad.

A pesar que nos desagrada pedir que nuestros pacientes presenten esta información, creemos que es razonable y apropiado hacerlo cuando se nos solicita ayuda financiera especial.

Toda la información que se nos proporcione será considerada estrictamente confidencial. Una vez que recibamos esta información, podremos determinar para qué tipo de ayuda usted puede calificar.

CAREMOUNT MEDICAL - SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Cuenta # _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Número de familiares/Número de personas que viven en casa _____

Nombre y fecha de nacimiento de los familiares que viven en casa

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Ingresos

Tipo de Ingreso	Paciente	Cónyuge
Salario	_____	_____
Pago del seguro social	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	_____
Discapacidad	_____	_____
Indemnización laboral	_____	_____
Pensión alimenticia/ Manutención infantil	_____	_____
Dividendos/Intereses/Alquileres	_____	_____

Cualquier otro tipo de ingreso _____

Total _____

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda por favor llame a _____,
o al Centro de Llamadas de Ayuda al Paciente al 914-242-1388.

Por favor llene y firme la solicitud y envíela a: CareMount Medical
90 South Bedford Road
Mt. Kisco, NY 10549
Atención: Ayuda Financiera

Declaro que la información anterior es verdadera, completa y correcta, según lo que sé y entiendo.

Solicitante/Padres/Representante Legal Firma _____ Fecha _____