



Stony Brook Medicine

Solicitud de Asistencia Financiera
31 Research Way East, Setauket NY 11733-911
(631) 444-4151
FAX (631)-444-5820

Puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. Complete esta solicitud, proporcione los documentos necesarios adjuntos y devuélvalos por correo a: Stony Brook Hospital Financial Assistance Dept. 31 Research Way, East Setauket, NY 11733. Las solicitudes completadas pueden enviarse por fax junto con **la documentación de respaldo** al (631) 444-5820.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección Postal del Solicitante:

Número de Teléfono del Solicitante: _____

Información del Seguro (si se encuentra disponible). _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Titular de la Póliza: _____

Dirección: _____ N.º de Identificación: _____

Tamaño Total de la Vivienda: Enumere los dependientes que residen en el domicilio del solicitante y de las que este se responsabiliza económicamente. Si hay más de 4 dependientes, agréguelos al dorso de este formulario.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Total Bruto: Ingreso Semanal/Quincenal/Mensual.

Fuente de Ingresos	Ingresos del Solicitante	Ingresos del Cónyuge
Salarios		
Beneficios del Seguro Social		
Formulario 1099		
Compensación de Desempleo		
Compensación Laboral		
Manutención de Hijos/Pensión Alimenticia		

Firma del Paciente/Responsable

Fecha