Stony Brook Medicine

Carta de Apoyo de Stony Brook Medicine

Nombre del Paciente:

Persona que Presta Apoyo: _____

Información de Contacto de la Persona que Presta Apoyo: ( )_____

Firma de la Persona que Presta Apoyo: _____

Proporciono apoyo al paciente mencionado anteriormente para los siguientes puntos. Complete cada sección que corresponda:

	Tipo de Apoyo (Marque todas las opciones que correspondan)	**Importe en Dólares**
Albergue		
Comida		
Paga las facturas por el paciente		
Fondos para pagar facturas		

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con nuestro departamento de Asistencia Financiera llamando al 631-444-4151 de 8:00 am. a 5:00 pm., de Lunes a Viernes.

Atentamente,

Departamento de Asistencia Financiera de Stony Brook