



31 Research Way  
East Setauket, NY 11733-9113  
631-444-4331

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda financiera. Complete esta solicitud y envíela por correo o tráigala a la Oficina de Administración de Stony Brook Medicine con la documentación solicitada. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa. Gracias.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Nombres y fechas de nacimiento de los familiares que presentan la solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nº. de teléfono particular: \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Información del seguro (si se encuentra disponible)

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nº. de identificación y copia de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito a Stony Brook Medicine, State University of New York at Stony Brook, que me considere para el Programa de Asistencia Financiera.

Certifico que la información que contiene esta solicitud es verdadera y correcta y que la documentación presentada para apoyar esta solicitud, en lo que respecta a ingresos y cantidad de dependientes, es verdadera y correcta.

Firma del Paciente o la Parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*Marque el casillero [ ] si le interesaría recibir información acerca de lo siguiente:

[ ] Child Health Plus

[ ] Healthfirst

[ ] Family Health Plus



Estimado paciente:

Le informamos que para procesar su solicitud de asistencia financiera, necesitamos los siguientes documentos. *(RETENDREMOS LOS DOCUMENTOS PARA NUESTROS ARCHIVOS. SOLO ENVÍE COPIAS Y ASEGÚRESE DE QUE ESTÉN FIRMADAS).*

- Su declaración de impuestos sobre la renta Federal más reciente (opcional).
- Formulario(s) W2 actual(es).
- Formulario 1099 o declaración de Desempleo actual, si corresponde .
- Carta de beneficios de Seguro Social, si corresponde.
- Pensión, si corresponde.
- Indemnización laboral, si corresponde.
- Manutención de hijos, si corresponde.
- Copias de tres comprobantes de pago consecutivos o carta del empleador en la que se declaren el salario y la antigüedad en el empleo, en caso de que el solicitante esté trabajando actualmente.
- Carta de apoyo en la que muestre el valor monetario de la persona que afirma proporcionar tal apoyo.
- Lista de dependientes.

Atentamente,

Representante de Asistencia  
Financiera (631) 444-4331

ENVÍE SU SOLICITUD A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. UNA VEZ QUE LA RECIBAMOS, RECIBIRÁ UNA RESPUESTA POR ESCRITO EN APROXIMADAMENTE 30 DÍAS HÁBILES.