



**Auburn Community Hospital
Solicitud de ayuda financiera**

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Tamaño de la familia/personas en el hogar _____

	Ingresos del	Ingresos del cónyuge
Salarios (2 últimos comprobantes de pago)		
Pago del Seguro Social (Incluya extractos bancarios)		
Seguro de desempleo		
Discapacidad		
Seguro por incapacidad		
Pensión, manutención de menores		
Dividendos, intereses, rentas		
Todos los demás ingresos		
Total		

Declaro que la información anterior es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Suscrito _____ Fecha _____

Si ha recibido una o más facturas del hospital, marque aquí: _____

No tiene que pagar nada al hospital hasta que no le mande una carta con su decisión acerca de su solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame a **Lisa Gasparro al (315) 255-7210**.
Envíe el formulario respondido y los anexos (Copia de documento de identidad, prueba de su dirección,
documentos listados anteriormente) a:

ACH Financial Services
Dept. Auburn Community
Hospital 17 Lansing Street
Auburn NY 13021

Si tiene alguna inquietud respecto de este proceso de ayuda financiera, comuníquese con nuestra abogada de pacientes, Christine DeProspero, al (315) 255-7166, de lunes a viernes, de 7 am a 3 pm.