



Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nº del seguro _____

Fecha(s) de servicio _____

Dirección postal: Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Nº de celular _____

Nº de integrantes de la familia / hogar _____

Nombres y fechas de nacimiento de los integrantes de la familia

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

Ingresos

Tipo de ingresos	Monto de ingresos del paciente	Monte de ingresos del cónyuge
Sueldos		
Page del Seguro Social		
Seguro de desempleo		
Discapacidad		
Seguro de indemnización por accidentes y enfermedades laborales		
Pensión de alimentos/ Manutención infantil		
Dividendos/ Intereses/ Alquiler		
Todos los otros ingresos, por ejemplo pensión		
Total		

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame: (718) 960-3812

Si ha recibido una cuenta o cuentas del hospital, marque aquí: _____

Usted no está obligado a efectuar pagos al hospital hasta que éste le envíe una carta informándole sobre su decisión acerca de su solicitud.

Envíe el formulario lleno firmado, y los documentos de respaldo a:

SBH Health System
 C/O Patient Family Service Center
 4422 Third Avenue
 Bronx, NY 10457

Declaro que, a mi entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera, completa y correcta.

Firma del solicitante/ padre/ tutor _____ Date _____