



**Financial Aid Application  
Solicitud de Asistencia Financiera**

**Nombre / Name** \_\_\_\_\_

**Dirección / Address** \_\_\_\_\_

**Teléfono/ Phone** \_\_\_\_\_

**Número de integrantes en su familia o de personas que viven en su casa** *Family size / number in household* \_\_\_\_\_

	<b>Ingresos de el/la paciente</b> <i>Patient income</i>	<b>Ingresos de el/la cónyuge</b> <i>Spouse income</i>
<b>Salarios / Salary</b>		
<b>Pago del Seguro Social</b> <i>Social Security payment</i>		
<b>Seguro por desempleo</b> <i>Unemployment compensation</i>		
<b>Discapacidad / Disability</b>		
<b>Compensación al trabajador por accidentes de trabajo</b> <i>Workers compensation</i>		
<b>Pensión alimenticia/manutención de menores / Alimony/child support</b>		
<b>Dividendos/intereses/alquileres</b> <i>Dividends/interest/rental</i>		
<b>Total de otros ingresos / All other income</b>		
<b>Total / Total</b>		

**Afirmo que la información detallada más arriba es cierta, completa y correcta a mi mejor y leal saber y entender.**

**Firmado / Signed** \_\_\_\_\_ **Fecha/ Date** \_\_\_\_\_

**Si tiene dudas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la Oficina de Investigación Financiera al 718-670-5588 o (718) 670-5589 \_\_\_\_\_.**

**Si ha recibido una factura o facturas del hospital, marque aquí / If you have received a bill or bills from the hospital, check here:** \_\_\_\_\_

**Número de cuenta/ Account Number:** \_\_\_\_\_

**Usted no debe hacer pagos hasta que reciba una carta del hospital comunicándole la decisión sobre su solicitud.**

**Envíe el formulario completado y los documentos adjuntos a:  
Financial Investigation Department  
Flushing Hospital Medical Center  
146-01 45<sup>th</sup> Avenue, 6<sup>th</sup> Floor  
Suite 600  
Flushing, NY 11355**