



Estimado paciente:

Gracias por haber escogido a Catholic Health para que lo atendamos medicamente. Con gusto le ofrecemos la oportunidad solicitar asistencia financiera. Para poderlo considerar para nuestro Programa de Asistencia para Atención Médica, por favor imprima la carta y proporcione la información que se le solicita a continuación:

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta de la factura: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven bajo el mismo techo (usted, su cónyuge e hijos menores de 18): \_\_\_\_\_

Además, por favor incluya:

- Una carta que describa brevemente sus apuros financieros diciendo que usted quisiera solicitar ayuda para recibir atención médica
- Comprobante de los ingresos en su hogar\* (*\*Un comprobante de ingresos válido es una copia firmada de su declaración federal de impuestos más reciente o los últimos tres pagos del beneficio que recibe por desempleo o los últimos dos recibos de Seguridad Social (Social Security) o sus últimos tres talones de pago de su empleador o una declaración firmada y notariada que verifique que usted no cuenta con ninguna fuente de ingreso*)

Esta carta y la documentación que se le solicita debe recibirse antes de que su cuenta sea enviada a una agencia de cobranza. Cualquier otra pregunta que usted tenga la puede hacer al Equipo de Servicio al cliente al (716) 601-3600.

Por favor envíe su información por correo junto con esta carta con toda la información a:

Catholic Health/RMC  
144 Genesee Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Buffalo, NY 14203  
Attn.: Supervisor, Credit & Collection Department

Gracias,

Servicios financieros para pacientes