



**Brookhaven Ambulance Company, Inc.
DBA South Country Ambulance**

Request for Ambulance Fee Waiver

THIS FORM MUST BE SUBMITTED FOR EACH AMBULANCE TRANSPORT INCIDENT BILLED

APPLICANT NAME: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____ (W) _____ (H) _____ (C)

****MONTHLY HOUSEHOLD GROSS INCOME FOR ALL ADULTS WHO WORK AND SHARE INCOME AND EXPENSES IN YOUR HOUSEHOLD: \$ _____**

HOUSEHOLD SIZE (number of people): _____

***You must provide documentation to substantiate your monthly household gross income. Acceptable documents include: financial aid approval, social security statement; unemployment commission letter; homeless shelter letter; two current pay stubs or the first page of last year's tax return. If you are a student and are claimed as a deduction by someone else, you must include their gross income.*

If you claim no income, attach a letter of explanation.

I am applying to Brookhaven Ambulance Company, Inc. requesting a waiver of payment for my emergency service and transport fee. I certify that I have no insurance that can be billed for this charge or these charges are not covered by my insurance and agree that if I am reimbursed for these charges through a personal injury settlement, this waiver is void and I must forward payment for these services. I further certify that the above and attached information is true and accurate to the best of my knowledge, and that I will be held responsible for any false statements made herein.

Signature

Printed Name

Date

If you have any questions, please call 914-366-4004 Ext. 101. Please mail completed form and applicable documents to:

Brookhaven Ambulance Company, Inc.
PO Box 596 Brookhaven,
NY 11719-0596



**Brookhaven Ambulance Company, Inc.
DBA South Country Ambulance
Pedido de exención de pago de ambulancia**

**ESTA FORMA DEBE DE SER SOMETIDA POR CADA FACTURA DE TRANSPORTE DE
AMBULANCIA**

NOMBRE DE APLICANTE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____(EMPLEO) _____(HOGAR) _____(CELULAR)

*****INGRESOS MENSUALES EN BRUTO DE TODOS LOS ADULTOS QUE TRABAJEN Y
COMPARTEN EL SUELDO Y GASTOS EN EL HOGAR: \$** _____

NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____

****Usted tiene que proveer documentos que confirmen sus ingresos mensuales en bruto.** Ejemplos de documentación que son aceptables incluyen: estado de cuenta del seguro social; carta de comisión oficina de desempleo; carta del refugio para desamparados; dos copias de los más recientes cheques de su empleador o la primera página de la declaración de impuestos del año anterior. Si usted es un estudiante y reclamado como deducción de alguien debe de incluir su ingreso bruto.

Si usted afirma no tener ingresos, incluye una carta de explicación.

Yo estoy aplicando a Brookhaven Ambulance Company, Inc. la exención de pago por los servicios de emergencia y cargos de transporte. Yo certifico que no tengo seguro médico que pueda ser usado o estos cargos no son cubiertos por mi seguro. Estoy de acuerdo que, si yo soy compensado por estos cargos como resultado de liquidación de lesiones personales, esta exención de pago se declara anulada y debo de enviar pago por estos servicios. Yo certifico que la información declarada arriba y adjunta es correcta a mi mejor entender y que ser responsable por cualquier información que sea falsa.

Firma

Nombre

Fecha

Si tiene alguna pregunta, por favor llame (914) 366-4004 Ext. 101 Por favor envíe la forma completé y documentos a:

**Brookhaven Ambulance Company, Inc.
PO Box 596
Brookhaven, NY 11719-0596**