



Medford Volunteer Ambulance, Inc
1005 Sipp avenue
Medford, NY 11763

Request for Ambulance fee waiver

THIS FORM MUST BE SUBMITTED FOR EACH AMBULANCE TRANSPORT INCIDENT BILLED.

APPLICANT NAME: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: (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 two current pay stubs or the first page of last year's tax return. If you are a student and claimed as a deduction by someone else, you must include their gross income. Or social security statement; unemployment commission letter; homeless shelter letter.

I am applying to Medford Volunteer Ambulance, 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: _____ Date: _____

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

Medford Volunteer Ambulance, Inc
1005 Sipp avenue
Medford, NY 11763
Attn: Chairperson



Medford Volunteer Ambulance, Inc
1005 Sipp avenue
Medford, NY 11763

Request for Ambulance fee waiver

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

NOMBRE DE APLICANTE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: (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 desarnparados; dos copias de los mas recientes cheques de su empleador ola primera pagina de la declaración de impuestos del afio 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 explicacion Yo estoy aplicando a Medford Volunteer Ambulance, Inc. la exencion de pago por los servicios de emergencia y cargos de transporte. Yo certifico que no tengo seguro medico 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 liquidacion de lesiones personales, esta exencion de pago se declara anulada y debo de enviar pago por estos servicios. Yo certifico que la informacion declarada arriba y adjunta es correcta a mi mejor entender y que ser responsable por cualquier informacion que sea falsa.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Medford Volunteer Ambulance, Inc
1005 Sipp avenue
Medford, NY 11763
Attn: Chairperson