

Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital Uniforme del Estado de Nueva York

Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera del hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado o si tiene seguro médico pero tiene prueba de gastos médicos pagados por un total de más del 10% de sus ingresos. Al completar este formulario, se iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe estar impresa en los idiomas primarios¹ que hablan los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del paciente (información completa que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección		Apartamento/Unidad #
Ciudad	Estado	Cremallera
Teléfono de contacto #		
Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es un niño menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

Información Familiar:

Enumere a continuación todos los miembros de su familia. Su hogar lo incluye a usted, a su cónyuge o pareja de hecho y a cualquier hijo u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa sus ingresos **antes de** que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (beneficios del seguro social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingreso de seguridad suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (corrientes)
	Propio	

¹"Idiomas primarios" incluye cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5% de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma hablado por más del 1% de la población del área de servicio hospitalario primario, según se calcule utilizando la información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

El hospital puede solicitarle que presente documentación como comprobante de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del seguro de salud

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado a través de su empleador o comprado por su cuenta? Sí No

Si su respuesta es "No", ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y altos gastos médicos. Si tiene seguro, proporcione una estimación de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

Paciente/Parte responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, representante legal).

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Imprimir nombre	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Elegibilidad mínima y pautas

Cronograma de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Es posible que los hospitales no envíen las cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en la notificación que reciba del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar las facturas médicas impagas de los pacientes por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Las directrices sobre la pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud solo será utilizada por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y permanecerá confidencial en la medida en que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios porque usted tiene una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con el miembro del equipo a continuación. Sistema de Salud Monte Sinaí

Representante: _____

Número de teléfono: _____

- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para descuentos en los pagos a niveles de ingresos más altos que los especificados a continuación y/o para proporcionar mayores descuentos en los pagos para los pacientes elegibles que los requeridos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico; o
- personas con seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que ascienden a más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de dicha persona); o
- aquellos que han agotado sus beneficios de seguro de salud y que pueden demostrar que no pueden pagar los cargos completos; o
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar su copago y/o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas hasta el 400% del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir asistencia financiera.

Niveles Federales de Pobreza (2024)			
Tamaño del hogar	200%	300%	400%
1 Persona	\$31,300	\$46,950	\$60,240
2 Personas	\$42,300	\$63,450	\$81,760
3 Personas	\$53,300	\$79,950	\$103,280
4 Personas	\$64,300	\$96,450	\$124,800
5 Personas	\$75,300	\$112,950	\$146,320
6 Personas	\$86,300	\$129,450	\$167,840
7 Personas	\$97,300	\$145,950	\$189,360
8 Personas	\$108,300	\$162,450	\$210,060

Actualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tasas de descuento mínimas

Si califica para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala móvil de tarifas de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200% del FPL	Renuncia a todos los cargos
200% - 300% FPL	<p>Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 10% de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10% del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>
301% - 400% FPL	<p>Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 20% de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20% del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos para los pacientes elegibles y/o ofrecer descuentos en los pagos para los pacientes con niveles de ingresos más altos.

Planes de pago a plazos

Los planes de pago a plazos están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5% de sus ingresos mensuales brutos y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo impago, si la hubiera, no debe exceder el 2%.

Solicitud de Comprobante de Ingresos Familiares

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos (declarante de impuestos, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del hogar.

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de que no tiene ingresos familiares si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de NY State of Health. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información de ingresos que se enumere a continuación.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto por Mes:</u>	<u>El solicitante podrá aportar:</u>
Salario	\$	Proporcione un talón de cheque de pago o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmado y fechado, o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente.
Pago de la Seguridad Social	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o Copia de la tarjeta de pago directo impresa, o Correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o Impresión de la información de la cuenta del destinatario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación de Trabajadores	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, efectivo para trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de no ingresos.

