



## **Solicitud uniforme de asistencia financiera para hospitales del estado de Nueva York**

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera para hospitales para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha agotado o si tiene seguro de salud pero puede demostrar que sus gastos médicos pagados suman más del 10 % de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Todos los hospitales del estado de Nueva York utilizan este formulario.

### **Nombre del paciente (complete con la información correspondiente)**

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de departamento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre, la madre o el tutor o representante legal (si el paciente es un niño menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

### **Información familiar:**

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

Los ingresos brutos se refieren a sus ingresos **antes** de deducir los impuestos.

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

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	A la misma persona	

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



Westchester Medical Center Health Network

**Estado del seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare o seguro privado, a través de su empleador o adquirido por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados.** 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 presento puede estar sujeta a verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Nombre en letra imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

## Lineamientos y requisitos mínimos de elegibilidad

### Cronograma de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión acerca de su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden enviar las cuentas a cobro 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 de parte del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su asistencia financiera. En la carta con la decisión, el hospital incluirá información sobre cómo apelar.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranzas durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas impagas de pacientes por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FLP). Las pautas de pobreza se pueden encontrar aquí:  
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toda la información proporcionada en esta solicitud será utilizada únicamente por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con nuestra oficina de asistencia financiera (consulte la página 6).
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con los abogados de Community Health al: 888-614-5400.

### Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad del paciente para descuentos en pagos en niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación o para ofrecer mayores descuentos de pago a los pacientes elegibles que los exigidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estado migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Son elegibles las siguientes personas:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico.
- Personas con seguro insuficiente (costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman más del diez por ciento del ingreso anual bruto de dicha persona).
- Personas que han agotado sus beneficios de seguro médico y que pueden demostrar una incapacidad para pagar los cargos completos.
- A discreción del hospital, las personas que pueden demostrar una incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

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

<b>Niveles federales de pobreza (2024)</b>			
<b>Tamaño del hogar</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 persona	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 personas	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 personas	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 personas	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 personas	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 personas	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 personas	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Actualizado anualmente:

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

### Tasas mínimas de descuento

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

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>200% y por debajo del FPL</b>	Exención de todos los cargos
<b>Del 201% al 300% del FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>
<b>Del 301% al 400% del FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>

Los hospitales pueden optar por otorgar mayores descuentos a los pacientes elegibles u ofrecer descuentos en el pago a pacientes con niveles de ingresos más altos.

### Planes de pago

Los planes de pago están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden superar el 5% de su ingreso mensual bruto y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo pendiente, si lo hubiera, no debe superar el 2%.

## Solicitud de comprobante de ingresos del hogar

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

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede utilizar para comprobar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de que no tiene ingresos del hogar si no tiene ingresos.

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

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Sueldos	\$	Proporcione un recibo de pago o carta del empleador con membrete de la empresa, firmada y fechada, o la declaración de impuestos a las ganancias presentada más recientemente.
Pagos del Seguro Social	\$	Copia de carta o 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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación por desempleo	\$	Copia de carta o 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 con copia 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 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pago por discapacidad	\$	Copia de carta o certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación para trabajadores	\$	Copia de carta de adjudicación o recibo de pago.
Pensión alimenticia/manutención de hijos	\$	Copia de la orden judicial, o comprobantes/recibos de cheques cobrados de los últimos 3 meses.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o declaraciones mensuales.
Otro	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hay), como ingresos por alquiler, efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de ausencia de ingresos.

## **Página de información de contacto de la Oficina de Asistencia Financiera**

- **Westchester Medical Center**

***Departamento de Asistencia Financiera***

Teléfono: (914) 493-7830

Dirección postal: P.O. Box 277, Hawthorne, NY 10532

Ubicación física: 100 Woods Road, Valhalla, NY 10595

- **MidHudson Regional Hospital**

***Departamento de Asistencia Financiera***

Teléfono: (845) 483-5406

Dirección postal: 241 North Rd, Poughkeepsie, NY 12601

Ubicación física: 241 North Rd, Poughkeepsie, NY 12601

- **Bon Secours Community Hospital | Good Samaritan Hospital | St. Anthony's Community Hospital**

***Departamento de Asistencia Financiera***

Teléfono: (845) 547-3888

Dirección postal y ubicación: Bon Secours Community Hospital, 160 East Main St.,  
Port Jervis, NY 12771

Dirección postal y ubicación: Good Samaritan Hospital, 255 Lafayette Ave. Suffern, NY 10901

Ubicación física: St. Anthony's Community Hospital, 15 Maple Avenue, Warwick, NY 10990

Dirección postal: Para St. Anthony Community Hospital, enviar correo a:  
Bon Secours Community Hospital, 160 East Main St., Port Jervis, NY 12771

- **HealthAlliance Hospital Mary's Avenue | Margaretville Hospital**

***Departamento de Asistencia Financiera***

Teléfono: (845) 334-2743

Dirección postal: 105 Mary's Ave, Kingston, NY 12401

Ubicación física: HealthAlliance Hospital Mary's Avenue, 105 Mary's Ave, Kingston, NY 12401

Ubicación física: Margaretville Hospital, 42084 New York 28, Margaretville, NY 12455