

## **Solicitud de Ayuda Financiera/ Atención de Caridad**

Esta es una solicitud para ayuda financiera, también conocida como Atención de Caridad, de Helen Hayes Hospital (HHH).

El estado de Nueva York requiere a todos los hospitales que presten ayuda financiera a las personas y familias que reúnen ciertos requisitos de ingresos. Usted puede cumplir los requisitos para atención gratuita o atención a precio reducido en función del tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. El programa de ayuda financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios correspondientes prestados por Helen Hayes Hospital dependiendo de la elegibilidad. Es posible que la ayuda financiera no cubra todos los costos de atención médica. Para determinar si usted es elegible para ayuda financiera, debe completar esta solicitud y proveer toda la documentación de respaldo. Si necesita ayuda para completar la solicitud o tiene preguntas, por favor comuníquese al 845-786-4786.

Una vez que haya completado la solicitud y reunido toda la documentación, por favor envíe todo a:

Helen Hayes Hospital  
Patient Financial Services Department  
51-55 Route 9W  
West Haverstraw, NY 10993

Las solicitudes se deben enviar en un plazo de 120 días a partir del último tratamiento en HHH. Una vez que se reciba su solicitud, se procederá a examinarla. Si necesitamos más documentación, nos pondremos en contacto con usted. Debe completar la solicitud en un plazo de 30 días. Después de que se complete la solicitud, HHH le proporcionará una respuesta por escrito en un plazo de 30 días. Si usted está en desacuerdo, puede presentar una apelación con documentación de respaldo para una reconsideración. Puede encontrar más detalles sobre las políticas y procedimientos para este programa en el sitio web de HHH o comunicándose con nosotros directamente. Usted tiene a disposición ayuda para todos los pasos de la solicitud y del proceso de apelación.

Para que se procese su solicitud, usted debe presentar lo siguiente:

Composición del hogar, incluyéndose a usted mismo (uno para cada familiar)

- Certificados de nacimiento
- Pasaporte, visa, tarjeta de registro de extranjero y/o licencia de conducir
- Número de seguro social (si corresponde)

Verificación del domicilio (una de ambas)

- Alquiler actual
- Recibos actuales de renta (2)
- Correo con sello actual recibido en el domicilio dado

Verificación de ingresos

- Comprobantes de pago de las últimas 12 semanas

- Carta de adjudicación de cualquier fuente de ingresos, como, entre otros, y todos los que correspondan:
  - » Seguridad Social
  - » Desempleo
  - » Discapacidad
  - » Pensión/anualidad
  - » Manutención infantil
  - » Aprobación/denegación de elegibilidad para ayuda médica de Medicaid y/o financiada por el estado
  - » Enumerar activos líquidos (efectivo o activos que pueden convertirse a efectivo sin penalización)
  - » Otro: si usted no tiene ingresos, una carta que indique cómo se mantiene a sí mismo/el hogar, si alguien le da dinero, alojamiento y alimentación gratuitos, etc.; se requiere una carta de esa persona.

Por favor, complete toda la solicitud e incluya los documentos requeridos, como se indica con anterioridad. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con nosotros. Tras el envío de la solicitud completa, el paciente puede pasar por alto las facturas hasta que el hospital haya tomado una decisión sobre la solicitud.

Si se deniega su petición de Atención de Caridad/Ayuda Financiera/Ajuste de Trifas, y usted no está de acuerdo con nuestra determinación, por favor envíe el motivo en un plazo de 30 días, por escrito, a:

Attention: Patient Financial Services Department  
Helen Hayes Hospital  
51-55 Route 9W  
West Haverstraw, NY 10993

o puede comunicarse con el DOH al 1-800-804-5447 o (518) 402-6993 para solicitar más ayuda o presentar reclamaciones.

Gracias.

Helen Hayes Hospital  
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

# HELEN HAYES HOSPITAL

Helen Hayes Hospital, Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

## Solicitud para atención de caridad/ ayuda financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fechas de servicio: \_\_\_\_\_  
Número(s) de cuenta: \_\_\_\_\_  
Saldo a la fecha: \_\_\_\_\_

### Garante (Persona responsable de la factura)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
Domicilio del garante: \_\_\_\_\_  
Número telefónico: Casa: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador(es): \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador(es): \_\_\_\_\_  
Número telefónico del empleador(es): \_\_\_\_\_  
Información laboral adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tiene información laboral adicional, por favor adjunte la solicitud a una hoja aparte.

### Composición del hogar (incluir a quienes residan en el hogar)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe del hogar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Ingresos

Garante:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Cónyuge del gara                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_

## Other Income

Desempleo:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Seguridad Social:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Discapacid:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Manutención infantil:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_  
Otro:                      semanal: \$ \_\_\_\_\_                      semanal: \$ \_\_\_\_\_

Por favor, adjunte documentación para cualquier información relevante adicional.

Por favor, firme la Declaración de la página siguiente.

# HELEN HAYES HOSPITAL

Helen Hayes Hospital, Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

## **Ayuda Financiera/Atención de Caridad Declaración:**

Yo (paciente/garante), \_\_\_\_\_, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si se demuestra que alguna información provista en esta solicitud es falsa, entiendo que el hospital puede reevaluar mi situación financiera y tomar las correspondientes medidas para rectificar el estado de la determinación.

Solicitaré cualquier ayuda disponible (Medicaid, Medicare, Child health Plus, Family Health plus, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis gastos hospitalarios, y realizaré todas las acciones razonables que sean necesarias para obtener dicha ayuda.

También entiendo que esta solicitud es válida por un año, desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_: Sin embargo, si surgen cambios en la composición de mi hogar o información financiera dentro de ese período, lo informaré al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

Doy mi permiso a HHH para divulgar la información a cualquier agencia federal o estatal responsable de determinar el cumplimiento del programa.

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_