

Resumen del Programa de Ayuda Financiera

Helen Hayes Hospital (HHH) está comprometido a prestar varias clases de ayuda financiera, también conocida como Atención de Caridad (CC), a los pacientes no asegurados o subasegurados que recibieron servicios médicos en HHH y residen en el área de servicios primarios de HHH (PSA), que incluye los condados Rockland, Orange, Putnam y Westchester del estado de Nueva York. La ayuda financiera incluye un rango de beneficios que van desde atención gratuita, atención estratificada con descuento, planes de pago, hasta ayuda con las obligaciones del seguro. Conforme a nuestra misión y los requisitos estatales y federales, HHH se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida pedir o recibir atención. A usted no se le puede denegar atención por necesitar ayuda financiera. Puede presentar una solicitud para un descuento sin importar su estado migratorio.

Los pacientes que busquen CC deben presentar una solicitud para el programa. Para ser elegible para el programa, los ingresos del solicitante deben cumplir con las Pautas Federales de Pobreza que están debajo, y usted debe completar una solicitud con toda la documentación de respaldo. La lista de la documentación de respaldo se puede encontrar en el sitio web HHH con la solicitud. También puede obtener una solicitud poniéndose en contacto con nosotros directamente al (845)786-4786. Ante cualquier inquietud o pregunta que pueda tener, puede ponerse en contacto con PFS y alguien le prestará ayuda en todos los pasos.

Tabla de pautas para descuentos de Helen Hayes Hospital

Las siguientes tablas resumen los requisitos de ingresos para los Servicios de Atención Médica gratuita o con descuento del Programa de Ayuda Financiera/Atención de Caridad de Helen Hayes Hospital. El Programa de Atención de Beneficencia del hospital Helen Hayes está basado en el 200% a 300% de los Ingresos Federales de Pobreza establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Requisitos para la Atención Médica Gratuita:

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar igual o menor a |
|----------------------|----------------------------------|
| 1 | \$29,160 |
| 2 | \$39,440 |
| 3 | \$49,720 |
| 4 | \$60,000 |
| 5 | \$70,280 |
| 6 | \$80,560 |
| 7 | \$90,840 |
| 8 | \$101,120 |

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, añada \$10,280 por cada miembro adicional.

Requisitos para un 80% de descuento en Servicios de Atención Médica:

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar igual o menor a |
|-----------------------------|---|
| 1 | \$32,805 |
| 2 | \$44,370 |
| 3 | \$55,935 |
| 4 | \$67,500 |
| 5 | \$79,065 |
| 6 | \$90,630 |
| 7 | \$102,795 |
| 8 | \$113,760 |

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, añade \$11,565 por cada miembro adicional.

Requisitos para un 60% de descuento en Servicios de Atención Médica:

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar igual o menor a |
|-----------------------------|---|
| 1 | \$36,450 |
| 2 | \$49,300 |
| 3 | \$62,150 |
| 4 | \$75,000 |
| 5 | \$87,850 |
| 6 | \$100,700 |
| 7 | \$113,550 |
| 8 | \$126,400 |

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, añade \$12,850 por cada miembro adicional.

Requisitos para un 40% de descuento en Servicios de Atención Médica:

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar igual o menor a |
|-----------------------------|---|
| 1 | \$40,095 |
| 2 | \$54,230 |
| 3 | \$68,365 |
| 4 | \$82,500 |
| 5 | \$96,635 |
| 6 | \$110,770 |
| 7 | \$124,905 |
| 8 | \$139,040 |

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, añade \$14,135 por cada miembro adicional.

Requisitos para un 20% de descuento en Servicios de Atención Médica:

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar igual o menor a |
|----------------------|----------------------------------|
| 1 | \$43,740 |
| 2 | \$59,160 |
| 3 | \$74,580 |
| 4 | \$90,000 |
| 5 | \$105,420 |
| 6 | \$120,840 |
| 7 | \$136,260 |
| 8 | \$151,680 |

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, añade \$15,420 por cada miembro adicional.

Las personas con ingresos mayores a los requisitos del 20% descuento no son elegibles para nuestro programa de CC. Si no puede pagar su factura y no reúne los requisitos de ingresos, puede haber disponible un plan de pagos para usted. El monto que pague mensualmente se establecerá con usted poniéndose en contacto con PFS, y se determinará en función de los factores de calificación.

Todos los servicios médicamente necesarios prestados por HHH están cubiertos por los descuentos antes mencionados. Esto incluye admisiones ambulatorias y hospitalarias. Es posible que no se cubran los cargos de doctores privados. Usted debería hablar con sus doctores privados para ver si ellos ofrecen un descuento o plan de pago. Usted encontrará indicaciones detalladas y una lista detallada de la documentación requerida adjuntas a la solicitud. Su solicitud y documentación se procesarán tan pronto como se reciban, y usted recibirá una respuesta en un plazo de 30 días. Si se necesita más información, nos pondremos en contacto con usted. Usted puede presentar una solicitud para el programa antes de tener una cita, cuando obtiene la atención o cuando recibe una factura del HHH. Usted puede presentar la solicitud para el programa en un plazo de hasta 120 días a partir de la fecha de su último tratamiento en HHH. Usted puede apelar una denegación de la CC escribiéndonos con sus motivos para que se realice una reconsideración y documentación de respaldo. Las apelaciones se deben recibir en un plazo de 30 días a partir de recepción de la denegación. Usted puede consultar todas las Políticas y Procedimientos de la CC en el sitio web de HHH, en donde se definen más los detalles completos para consultas.

Las solicitudes y apelaciones se deben enviar a:

Helen Hayes hospital
Patient Financial Services, Building 22
51-55 Rt. 9W
West Haverstraw, New York 10993

Si en algún momento necesita ponerse en contacto con nosotros para recibir ayuda, por favor llame al 845-786-4786.