

Solicitud uniforme de asistencia económica para gastos hospitalarios del estado de Nueva York

Si usted no tiene un seguro médico, si ya ha usado todos los beneficios de dicho seguro o si, teniendo un seguro médico, tiene comprobantes de los gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos, puede estar en condiciones de recibir asistencia económica para gastos hospitalarios, la cual le permitirá pagar sus facturas. Al completar este formulario, se iniciará la solicitud de asistencia económica para gastos hospitalarios. Todos los hospitales del estado de Nueva York usan este formulario.

Esta solicitud debe imprimirse en los idiomas¹principales que hablan los pacientes que se atienden en el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre completo del paciente		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre/de la madre/del tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si la tiene)		

Información familiar:

Enumere a continuación todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, e incluye a su cónyuge o pareja de hecho, y a sus hijos o demás dependientes. Por ejemplo, en este formulario se incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto es el ingreso **antes** de que se apliquen los impuestos.

Puede consistir en ganancias laborales (jornales, salarios, propinas, ganancias del trabajo independiente), renta (Seguro Social, beneficios por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingreso (asistencia temporal e ingresos del seguro complementario).

¹ El término "idiomas principales" incluye cualquier lengua que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes al año o cualquier lengua hablada por más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital; el cálculo se realiza utilizando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Paciente	

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de sus ingresos, por ejemplo, un recibo de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario n.º 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Condición del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, como Medicaid, Medicare o algún seguro privado proporcionado por el empleador o adquirido individualmente? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿desea recibir asistencia para solicitar los beneficios de alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes subasegurados: personas con seguro y gastos médicos elevados. Si tiene seguro, indique una cifra estimativa de las facturas médicas que pagó durante los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitar que presente documentación que respalde los gastos médicos pagados.

Firma del paciente/de la parte responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para hacerlo en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).

Entiendo que la información que proporcione puede estar sujeta a verificación por parte de fuentes externas. A mi leal saber y entender, certifico que la información es verdadera y está completa.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Pautas y requisitos mínimos de elegibilidad

Plazo para la presentación de solicitudes, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia económica en cualquier momento del proceso de cobro.
- No es necesario que realice ningún pago a este hospital hasta tanto se tome una decisión sobre su solicitud de asistencia económica. Los hospitales no pueden remitir cuentas para cobro mientras la solicitud esté pendiente.
- Si no se le otorga la asistencia económica, usted tiene derecho a apelar la decisión. En el aviso que le enviará el hospital, encontrará información al respecto. Usted puede tener el derecho a apelar el monto de la asistencia económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en la carta sobre la decisión.
- Los hospitales no pueden remitir las facturas impagas a una agencia de cobro durante al menos 180 días tras la primera factura.
- Está prohibido que los hospitales interpongan acciones legales, incluso demandas, para recuperar las facturas médicas impagas contra pacientes que se encuentran por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los lineamientos federales sobre pobreza se encuentran en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- El hospital usará la información provista en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir asistencia económica; la información será confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede denegarle servicios médicamente necesarios debido a que usted adeuda facturas médicas.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con Helen Hayes Hospital's Department of Patient Financial Services llamando al 845-786-4786.
- Si necesita más ayuda con esta solicitud o desea apelar una decisión, puede comunicarse con los representantes de Community Health: 888-614-5400.

Elegibilidad

No hay nada que limite la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para acceder a los descuentos de pago a niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación ni para proporcionar mayores descuentos de pago para los pacientes elegibles que los requeridos por la Ley de Salud Pública. Además, la condición de inmigrante no será un criterio de elegibilidad a efectos de determinar la asistencia económica.

Las siguientes personas son elegibles para recibir asistencia económica:

- Personas de bajos ingresos que no tienen un seguro médico.
- Personas subaseguradas (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).
- Personas que hayan usado la totalidad de los beneficios del seguro médico y que pueden demostrar la imposibilidad de pagar los gastos totales.
- A criterio del hospital, las personas que puedan demostrar una imposibilidad para pagar copagos o deducibles pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que no superen el 400 % del nivel federal de pobreza están en condiciones de recibir asistencia económica.

Niveles federales de pobreza (2024)			
Cantidad de integrantes del grupo familiar	200 %	300 %	400 %
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

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

Tarifas de descuento mínimas

Si usted reúne los requisitos para recibir asistencia económica, los cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos, en una escala variable, según se indica a continuación:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200 % del FPL	Todos los cargos exentos
Del 200 % al 300 % del FPL	Pacientes sin seguro médico: escala variable de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes subasegurados: hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado en virtud del costo compartido de dicho paciente.
Del 301 % al 400 % del FPL	Pacientes sin seguro médico: escala variable de hasta el 20 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes subasegurados: hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado en virtud del costo compartido de dicho paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos a los pacientes que reúnan los requisitos pertinentes u ofrecer descuentos en el pago a los pacientes con niveles de ingresos más elevados.

Planes de pago en cuotas

Se ofrecen planes de pago en cuotas a los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales; la tarifa de interés que se le cobra al paciente sobre el saldo, si lo hubiera, no debe exceder el 2 %.

Solicitud de constancia de ingresos familiares

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

La siguiente es una lista de los documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario que los presente a todos. También puede presentar una declaración donde conste que no tiene ingresos familiares, si ese es el caso.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del mercado de seguros médicos del estado de Nueva York. Si dispone de este documento, no es necesario que presente en el hospital ninguna otra información sobre sus ingresos de la que se enumera a continuación.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Monto mensual:</u>	<u>El solicitante puede presentar:</u>
Salarios	\$	Presente un recibo de pago, una carta del empleador en papel membretado, con firma y fecha, o la última declaración de impuestos.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de la carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o resumen mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o impresión de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de la carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o declaraciones mensuales.
Otro	\$	Carta en la que se indique el monto de las ganancias que no corresponden al salario (si las hay), como ingresos por alquiler, dinero por trabajos ocasionales, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de no recepción de ingresos.



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

51-55 North 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: _____