

# Richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera uniforme NYS

Potrete avere diritto all'assistenza finanziaria dell'ospedale per pagare le vostre fatture se non siete assicurati, se la vostra assicurazione è esaurita o se avete un'assicurazione sanitaria ma avete la prova di aver pagato spese mediche per un totale superiore al 10% del vostro reddito. Le spese mediche pagate per un totale superiore al 10% del vostro reddito. La compilazione di questo modulo avvia la richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera. Questo modulo è utilizzato da tutti gli ospedali dello Stato di New York

*Questa richiesta deve essere stampata nelle principali<sup>1</sup> lingue parlate dai pazienti serviti dall'ospedale.*

## Nome del paziente ( compilate le informazioni applicabili)

Nome del paziente (nome, secondo nome, cognome)		
Data di nascita (mm/gg/aaaa)		
Indirizzo		Numero dell'appartamento/unità
Città	Stato	CAP
Numero di telefono di contatto		
Nome del genitore/tutore o del rappresentante legale (se il paziente è un figlio minore o un adulto incapace)		
Indirizzo e-mail (se presente)		

## Informazioni sulla famiglia:

Elenca di seguito tutti i membri della tua famiglia. La tua famiglia include te stesso, il tuo coniuge o partner domestico e tutti i figli o altre persone a carico. Ad esempio, questo includerebbe tutti coloro che sono elencati nella stessa dichiarazione dei redditi.

Il reddito lordo indica il tuo reddito prima della detrazione delle tasse.

Il reddito lordo può essere costituito da guadagni da lavoro (stipendi, stipendi, mance, guadagni da lavoro autonomo), reddito non guadagnato (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi da familiari o amici) e altre fonti di reddito (assistenza temporanea e reddito di sicurezza integrativo).

Nome e cognome	Relazione	Totale reddito lordo (corrente)
	Se stesso	

<sup>1</sup> Per "lingue primarie" si intende qualsiasi lingua utilizzata per comunicare in almeno il 5% delle visite dei pazienti all'anno, o qualsiasi lingua parlata da più dell'1% della popolazione dell'area di servizio primaria dell'ospedale, calcolata utilizzando le informazioni demografiche disponibili presso l'Ufficio del censimento degli Stati Uniti, integrate dai dati dei sistemi scolastici.

---

---

---

L'ospedale potrebbe richiedere di presentare documentazione come prova di reddito; esempi di documentazione potrebbero includere una busta paga, una lettera del tuo datore di lavoro, se applicabile, o il modulo 1040.

**Stato dell'assicurazione sanitaria**

Hai qualche forma di assicurazione sanitaria, tra cui Medicaid, Medicare o un'assicurazione privata tramite il tuo datore di lavoro o acquistata personalmente?  Sì  No

Se la risposta è "No", vorresti ricevere assistenza per presentare domanda per uno di questi programmi?

Sì  No

**Pazienti sottoassicurati: persone con assicurazione e spese mediche elevate.** Se è assicurato, fornisca una stima delle spese mediche sostenute negli ultimi 12 mesi.

USD

L'ospedale può chiederti la documentazione a riprova delle spese mediche sostenute.

**Paziente/Responsabile: Se non si tratta del paziente, indicare il nome della persona che firma il modulo e la sua autorità a firmare per conto del paziente (ad esempio, coniuge, genitore, rappresentante legale).**

Sono consapevole che le informazioni da me fornite possono essere soggette a verifica da parte di fonti esterne. Certifico che le informazioni sono vere e complete per quanto a mia conoscenza.

Stampa il nome	Data
Relazione con il paziente	
Firma	

# Ammissibilità minima e linee guida

## Tempi di applicazione, diritti del paziente e riservatezza

- È possibile richiedere l'assistenza finanziaria in qualsiasi momento del processo di riscossione.
- Non è necessario effettuare alcun pagamento all'ospedale finché non si riceve una decisione in merito alla richiesta di assistenza finanziaria. Gli ospedali non possono inoltrare i conti all'incasso mentre la domanda è in sospeso.
- Se vi viene negata l'assistenza finanziaria, avete il diritto di fare ricorso. Le informazioni sulle modalità di ricorso sono contenute nella comunicazione ricevuta dall'ospedale. Il paziente può avere il diritto di ricorrere contro l'importo dell'assistenza finanziaria. L'ospedale includerà le informazioni sulle modalità di ricorso nella lettera di decisione.
- Gli ospedali non possono inviare fatture non pagate a un'agenzia di riscossione per almeno 180 giorni dopo la tua prima fattura.
- Agli ospedali è vietato intraprendere azioni legali, inclusa la presentazione di cause legali, per recuperare fatture mediche non pagate per pazienti al di sotto del 400% del livello di povertà federale. Le linee guida sulla povertà sono disponibili qui: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Tutte le informazioni fornite in questa domanda saranno utilizzate dall'ospedale solo per determinare la tua idoneità all'assistenza finanziaria e rimarranno riservate nella misura consentita dalla legge.
- L'ospedale non può negarvi servizi necessari dal punto di vista medico perché avete una fattura medica in sospeso.
- Se avete bisogno di assistenza con questa domanda, contattate il Dipartimento Servizi Finanziari per i Pazienti dell'Ospedale Helen Hayes al numero 845-786-4786.
- Se avete bisogno di ulteriore assistenza con questa domanda o di aiuto per appellarvi a una decisione, potete rivolgervi agli Avvocati della Comunità per la Salute: 888-614-5400.

## Ammissibilità

Nulla limita la capacità di un ospedale di stabilire l'idoneità dei pazienti per gli sconti di pagamento a livelli di reddito superiori a quelli specificati di seguito e/o di fornire sconti di pagamento maggiori per i pazienti idonei rispetto a quelli richiesti dalla Public Health Law. Inoltre, lo stato di immigrazione non costituisce un criterio di idoneità ai fini della determinazione dell'assistenza finanziaria.

The following individuals are eligible:

- Individui a basso reddito senza assicurazione sanitaria; o
- individui sottoassicurati (costi medici personali accumulati negli ultimi dodici mesi che ammontano a più del dieci per cento del reddito annuo lordo di tale individuo); o
- coloro che hanno esaurito i loro benefici dell'assicurazione sanitaria e che possono dimostrare l'incapacità di pagare le spese complete; o
- a discrezione dell'ospedale, le persone che possono dimostrare di non essere in grado di pagare il co-pagamento e/o la franchigia possono richiedere un pagamento ridotto o scontato.

Gli individui fino al 400% del livello di povertà federale hanno diritto all'assistenza finanziaria

Livelli di povertà federale (2024)			
Dimensioni della famiglia	200%	300%	400%
1 Persona	USD 30,120	USD 45,180	USD 60,240
2 Persone	USD 40,880	USD 61,320	USD 81,760
3 Persone	USD 51,640	USD 77,460	USD 103,280
4 Persone	USD 62,400	USD 93,600	USD 124,800
5 Persone	USD 73,160	USD 109,740	USD 146,320
6 Persone	USD 83,920	USD 125,880	USD 167,840
7 Persone	USD 94,680	USD 142,020	USD 189,360

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

### Tassi di sconto minimi

Se avete diritto all'assistenza finanziaria, le vostre spese saranno ridotte in funzione del vostro reddito secondo una scala di commissioni scorrevole come segue:

Livello di reddito	Pagamento
Al di sotto del 200% FPL (Livello di povertà federale)	Rinuncia a tutte le spese
200% - 300% FPL (Livello di povertà federale)	<p>Pazienti non assicurati: Scala mobile fino al 10% dell'importo che sarebbe stato pagato per i servizi da Medicaid.</p> <p>Pazienti non assicurati: Fino a un massimo del 10% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla partecipazione ai costi dell'assicurazione del paziente.</p>
301% - 400% FPL	<p>Pazienti non assicurati: Scala mobile fino al 20% dell'importo che sarebbe stato pagato per i servizi da Medicaid.</p> <p>Pazienti non assicurati: Fino a un massimo del 20% dell'importo che sarebbe stato pagato in base al costo dell'assicurazione del paziente.</p>

Gli ospedali possono decidere di offrire sconti maggiori ai pazienti idonei e/o sconti sui pagamenti per i pazienti con livelli di reddito più elevati.

### Piani di rateizzazione

I piani di rateizzazione sono disponibili per i pazienti che non sono in grado di pagare la tariffa ridotta in un'unica soluzione. Le rate mensili non possono superare il 5% del reddito lordo mensile e il tasso di interesse addebitato al paziente sul saldo non pagato, se presente, non deve superare il 2%.

## Richiesta di prova del reddito familiare

Si prega di includere le informazioni sul reddito del paziente, del coniuge e di eventuali persone a carico (ad esempio i figli). Ad esempio, questo includerebbe tutti coloro che sono nella stessa dichiarazione dei redditi (contribuente, coniuge e persone a carico) nel calcolo del reddito familiare.

Di seguito è riportato un elenco di documenti che è possibile utilizzare per dimostrare il proprio reddito. Non è necessario fornire tutti questi documenti. È anche possibile fornire una dichiarazione di assenza di reddito familiare se non si ha alcun reddito.

È inoltre possibile fornire la pagina di determinazione dell'idoneità dal NY State of Health Marketplace. Se si dispone di questo documento, non è necessario fornire all'ospedale altre informazioni sul reddito elencate di seguito.

Se la famiglia riceve:	Importo al mese	Il richiedente può fornire:
Stipendi	USD	Si prega di fornire una busta paga o una lettera del datore di lavoro su carta intestata della società, firmata e datata, o l'ultima dichiarazione dei redditi presentata.
Pagamento della previdenza sociale	USD	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o corrispondenza dalla U.S. Social Security Administration, o lettera di sussidio annuale. Per richiedere una copia della lettera di sussidio della Social Security, chiamare il numero 1-800-772-1213 o visitare il sito
Indennità di disoccupazione	USD	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o estratto conto mensile dei benefici del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, o copia della carta di pagamento diretto con stampa, o corrispondenza dal Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, o stampa delle informazioni del conto del beneficiario dal sito web del Dipartimento
Pagamento per invalidità	USD	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o corrispondenza dalla Social Security Administration, o copia della lettera di indennità annuale. Per richiedere una copia della tua lettera di indennità, chiama il numero
Risarcimento dei lavoratori	USD	Copia della lettera di premiazione o della distinta dell'assegno.
Alimenti/sostegno ai figli	USD	Copia dell'ordine del tribunale o assegni/ricevute incassati negli ultimi 3
Dividendi/Interessi	USD	Rendiconti trimestrali dei dividendi o rendiconti di un mese.
Altro	USD	Lettera indicante l'importo dei guadagni non salariali (se presenti), come redditi da affitto, denaro per lavori saltuari, ecc.
Nessun reddito	USD 0	Dichiarazione firmata di assenza di reddito.



51-55 North Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

## Dichiarazione di beneficenza/assistenza finanziaria

Io (Paziente/Garante) \_\_\_\_\_, certifico che le informazioni contenute in questa domanda sono vere e corrette per quanto ne so. Se una qualsiasi delle informazioni fornite in questa domanda dovesse rivelarsi falsa, comprendo che l'ospedale potrebbe rivalutare la mia situazione finanziaria e adottare le misure appropriate per rettificare lo stato di determinazione.

Richiederò qualsiasi assistenza disponibile (Medicaid, Medicare, Child Health Plus, Family Health Plus, ecc.) per il pagamento delle mie spese ospedaliere e adotterò tutte le misure ragionevoli necessarie per ottenere tale assistenza.

Comprendo inoltre che questa richiesta è valida per 1 anno, da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Tuttavia, se si verificano cambiamenti nella composizione del mio nucleo familiare o nelle mie informazioni finanziarie entro tale periodo, lo comunicherò all'Ufficio Servizi Finanziari per i Pazienti.

Autorizzo l'ospedale Helen Hayes a divulgare queste informazioni a qualsiasi agenzia federale o statale responsabile della determinazione della conformità del programma

Firma del paziente/garante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_