

Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital **Uniforme del Estado de Nueva York**

Puede que sea elegible para recibir ayuda financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado, o si tiene seguro médico pero cuenta con prueba de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales del Estado de Nueva York.

Esta solicitud debe imprimirse en el idioma principal hablado por los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del paciente (información completa aplicable)

Nombre del paciente (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Apartamento/Unidad #	
Ciudad	Estado	Zip
Teléfono de contacto #		
Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si la hay)		

Información familiar:

Por favor, enumera a continuación a todos los miembros de la familia en tu hogar. Tu hogar incluye a ti mismo, a tu cónyuge o pareja de hecho, y a cualquier hijo u otro dependiente. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa tus ingresos **antes de** que se descuenten impuestos.

El ingreso bruto puede consistir en ingresos por trabajo (salarios, sueldos, propinas, ingresos por trabajo autónomo), ingresos no obtenidos (prestaciones de la seguridad social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de la seguridad).

Nombre completo	Relación	Ingreso Bruto Total (Actual)
	Yo	

¹ "Lenguas primarias" incluye cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5% de las visitas de otorrinolaringología al año, o cualquier idioma hablado por más del 1% de la población del área de servicio del hospital principal, según el cálculo mediante información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

El hospital puede solicitarte que presentes documentación como prueba de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un recibo de nómina, una carta de tu empleador si procede, o el Formulario 1040.

Estado del seguro de salud

¿Tienes algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado a través de tu empleador o comprado por tu cuenta? Sí No

Si respondieras "No", ¿te gustaría ayuda para solicitar alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados.

Si tienes seguro, por favor proporciona una estimación de las facturas médicas que has

\$

pagado 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, indica 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 envíe puede estar sujeta a verificación por fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa según mi mejor conocimiento.

Nombre impreso	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos y directrices

Plazo de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puedes solicitar ayuda financiera en cualquier momento del proceso de cobro.
- No tienes que hacer ningún pago a este hospital hasta que recibas una decisión sobre tu solicitud de ayuda financiera. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobro mientras tu solicitud esté pendiente.
- Si se te niega la ayuda económica, tienes derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso del hospital que recibas. Es posible que tengas derecho a apelar la cantidad de tu ayuda financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagadas a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de tu primera factura.
- A los hospitales se les prohíbe emprender acciones legales, incluyendo la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas impagadas de pacientes por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Las directrices sobre la pobreza pueden consultarse aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-directrices-de-movilidad/pobreza>
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud solo será utilizada por el hospital para determinar su elegibilidad para la ayuda financiera y permanecerá confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede negarte los servicios médicamente necesarios solo porque tengas una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, por favor contacte con la oficina de asistencia financiera del Hospital Infantil Blythedale en el (914) 831-1786.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o para apelar una decisión, puede contactar con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

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

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico; o
- personas con seguro insuficiente (costes médicos acumulados de bolsillo en los últimos doce meses que superan el diez por ciento de los ingresos brutos anuales de dicha persona); o
- aquellos que hayan agotado sus beneficios de seguro médico y que puedan demostrar incapacidad para pagar los cargos completos; o
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar incapacidad para pagar su copago y/o franquicia pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

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

Niveles federales de pobreza (2026)			
Tamaño del hogar	200%	300 %	400%
1 persona	31.920 \$	47.880 \$	63.840 \$
2 Personas	43.280 \$	64.920 \$	86.560 \$
3 Personas	54.640 \$	81.960 \$	109.280 \$
4 personas	66.000 \$	99.000 \$	132.000 \$
5 personas	77.360 \$	116.040 \$	154.720 \$
6 personas	88.720 \$	133.080 \$	177.440 \$
7 Personas	100.080 \$	150.120 \$	200.160 \$

Actualizado anualmente: [directrices de https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty)

Tarifas mínimas de descuento

Si cumple los requisitos para asistencia financiera, sus cargos se reducirán según sus ingresos en una escala de tarifas progresiva de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200% FPL	Renunciar a todos los cargos
200% - 300% FPL	<p>Pacientes sin seguro: Escala móvil hasta el 10% de la cantidad que Medicaid habría pagado por el/los servicio(s).</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10% de la cantidad que se habría pagado conforme a la participación de costes del seguro del paciente.</p>
301% - 400% FPL	<p>Pacientes sin seguro: Escala móvil hasta el 20% de la cantidad que Medicaid habría pagado por el/los servicio(s).</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20% de la cantidad que se habría pagado en virtud de la participación en el seguro de dicho paciente.</p>

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos para los pacientes elegibles y/o ofrecer descuentos en el pago para pacientes con niveles de ingresos más altos.

Planes de Pagos a Plazos

Los planes a plazos 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 tus ingresos brutos mensuales y el tipo de interés que se cobra al paciente sobre el saldo impagado, si lo hay, no superará el 2%.

Solicitud de prueba de ingresos del hogar

Por favor, incluye la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todos los que aparecen en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del hogar.

A continuación se muestra una lista de documentos que puedes usar para demostrar tus ingresos. No tienes que proporcionar todos estos documentos. También puedes presentar una declaración de no ingresos del hogar si no tienes ingresos.

También puedes proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del Estado de Nueva York. Si tienes este documento, no tienes que proporcionar ninguna otra información de ingresos que se indica a continuación al hospital.

<u>Si la familia recibe:</u>	<u>Cantidad mensual:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Por favor, proporciona un recibo de nómina o una carta del empleador en membrete de la empresa, firmado y la declaración de la renta fechada o presentada más recientemente.
Pago de la Seguridad Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración de la Seguridad Social de EE. UU., o carta anual de prestaciones. Para solicitar una copia de su prestación de la Seguridad Social Carta, llama al 1-800-772-1213 o visita www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o extracto 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 Estado de Nueva York Página web del Departamento de Trabajo (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración de la Seguridad Social, o copia de la carta anual de prestaciones. Para solicitar una copia de su carta de prestaciones, Llama al 1-800-772-1213 o visita www.ssa.gov .
Compensación laboral	\$	Copia de la carta de concesión o talón de cheque.
Pensión/Manutención Infantil	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o extractos de un mes.
Otros	\$	Carta indicando la cantidad de ingresos no asalariados (si los hay), como ingresos por alquiler, dinero para trabajos ocasionales,

		etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de no ingresos.