# **Solicitud única de ayuda financiera para el pago de servicios hospitalarios del Estado de Nueva York**

Usted puede ser elegible para solicitar ayuda financiera para el pago de sus facturas del hospital si no está asegurado, si su seguro se agotó o si tiene seguro de salud pero cuenta con pruebas de que los gastos médicos que ha pagado suman más del 10 % de su ingreso. Al llenar este formulario, comenzará su solicitud para obtener ayuda financiera para los servicios hospitalarios. Este formulario se utiliza en todos los hospitales del Estado de Nueva York.

Nombre del paciente (información completa que esté vigente)

|  |
| --- |
| **Nombre del paciente (Nombre, Segundo nombre, Apellido)** |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Dirección | Núm. de unidad/departamento |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de 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 tiene) |

**Información de la familia:**

Anote todos los miembros de su familia que residen en su hogar. En el hogar se incluye usted mismo, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto podría incluir a todas las personas que aparecen en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto significa el ingreso que percibe **antes** de la deducción de impuestos.

El ingreso bruto puede consistir de los ingresos por el trabajo que desempeña (salarios, propinas, ingresos obtenidos si es un trabajador independiente), ingreso que no es fruto del trabajo (seguro social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos que recibe de la familia o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Relación | Fecha de nacimiento | Ingreso bruto total (actual) |
|  | **Uno mismo** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El hospital podrá pedirle que envíe la documentación necesaria como prueba de sus ingresos. Como ejemplo, puede ser un talón de pago (del sueldo), una carta de su empleador, si procede, o el formulario 1040.

**Estado del seguro de salud**

¿Cuenta con alguna forma de seguro de salud, incluido Medicaid o Medicare, o un seguro privado otorgado por su empleador o que usted mismo paga?

☐ Sí ☐ No

Si respondió «No», ¿le gustaría recibir ayuda para postularse a algún programa?

☐ Sí ☐ No

Pacientes con seguro insuficiente: personas que tienen seguro pero sus gastos médicos son elevados. Si tiene seguro, incluya un estimado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

$

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de los gastos médicos que pagó.

Paciente/parte responsable S no es el paciente, anote el nombre de la persona que firma este documento y su autoridad para firmar en nombre del paciente (es decir, cónyuge, padre o madre, representante legal).

Comprendo que la información que presento puede estar sujeta a una verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y está completa a mi leal saber y entender.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre en letra de imprenta:Relación con el paciente: | Fecha: |
| **Firma:** |

# **Elegibilidad mínima y pautas a seguir**

## Fecha límite de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

* + Puede solicitar ayuda financiera en cualquier momento durante el proceso de cobranza.
	+ No tiene que hacer algún pago a este hospital hasta que reciba una respuesta a su solicitud de ayuda financiera. Los hospitales no pueden enviar sus cuentas a cobranza si su solicitud está pendiente.
	+ Si le niegan la ayuda financiera, tiene el derecho a presentar una apelación. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso del hospital que usted recibirá. Puede tener derecho a presentar una apelación sobre el monto de su ayuda financiera. Posteriormente el hospital incluirá información sobre cómo presentar la apelación de su decisión.
	+ Los hospitales no pueden enviar facturas sin pagar a una agencia de cobranzas por lo menos 180 días después de su primera factura.
	+ Los hospitales no tienen permitido ejercer alguna acción legal, como interponer una demanda, para cobrar las facturas sin pagar de los pacientes que estén por debajo del 400 % del nivel de pobreza federal. Aquí puede encontrar las pautas sobre la pobreza: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
	+ El hospital solo utilizará la información que se brinde en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir ayuda financiera, y se conservará de manera confidencial hasta donde la ley lo permita.
	+ Un hospital no puede negarle los servicios necesarios desde el punto de vista médico porque usted tenga una factura médica pendiente.
	+ Si necesita más ayuda para llenar esta solicitud o necesita ayuda para presentar una apelación a una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates (Defensores de la salud comunitaria): 888-614-5400.

### **Elegibilidad**

No hay nada que limite la capacidad de un hospital de establecer la elegibilidad de un paciente para que se le hagan descuentos en el pago a niveles de ingresos mayores que los que se especifican a continuación o a ofrecer mayores descuentos en el pago para los pacientes elegibles, que aquellos que son exigidos por la ley de Salud Pública. Además, la situación migratoria no debe ser un criterio de elegibilidad para el fin de determinar el otorgamiento de ayuda financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

* + Personas de bajos ingresos sin seguro de salud.
	+ Personas con un seguro cuya cobertura es insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman un monto mayor al diez por ciento del ingreso anual bruto de dicha persona).
	+ Quienes agotaron sus beneficios del seguro de salud, y que pueden demostrar su incapacidad para pagar los cargos en su totalidad.
	+ A discreción del hospital, las personas capaces de demostrar una incapacidad para realizar sus copagos o pagar sus deducibles pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

### **Tarifas de descuento mínimo**

Si usted califica para obtener ayuda financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con su ingreso en una escala móvil de tarifas de la siguiente forma:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nivel de ingresos** | **Pago** |
| Por debajo del 200 % del FPL (Nivel Federal de Pobreza, por sus siglas en inglés) | Exención de todos los cargos |
| Del 201 % al 300 % del FPL | Pacientes no asegurados: Escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.Pacientes con cobertura de seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente. |
| Del 301 % al 400 % del FPL | Pacientes no asegurados: Escala móvil de hasta el 20 % del monto que Medicaid habría pagado por el servicio.Pacientes con cobertura de seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente. |

### **Planes de pagos**

Los pacientes que no sean capaces de pagar la tarifa reducida en su totalidad pueden utilizar los planes de pago. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de su ingreso mensual bruto y la tasa de interés que se cobre al paciente sobre el saldo pendiente, de haberlo, no debe exceder el 2 %.

# **Solicitud de pruebas sobre el ingreso del hogar**

Incluya la información de ingresos para el paciente, su cónyuge y los dependientes (como los hijos). Por ejemplo, esto podría incluir a todas las personas que aparecen en la misma declaración de impuestos (el contribuyente, su cónyuge y sus dependientes fiscales) en el cálculo del ingreso del hogar.

A continuación, encontrará una lista de los documentos que puede usar para demostrar su ingreso. No tiene que entregar todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de falta de ingreso en el hogar si no tiene ningún ingreso.

Además puede proporcionar la página de determinación de la elegibilidad del Mercado de la Salud del Estado de NY. Si posee este documento, no tiene que presentar al hospital ninguna otra información de la que aparece a continuación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si el hogar percibe: | Monto mensual: | El solicitante puede proporcionar: |
| Salarios | $ | Presente un talonario de pago de sueldo, o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, con fecha y firma, o la declaración de impuestos más reciente que haya presentado. |
| Pago del Seguro Social | $ | Copia de la carta o certificado de concesión, correspondencia de la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos, o carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.ssa.gov.](http://www.ssa.gov/) |
| Compensación por desempleo | $ | Copia de la carta o certificado de concesión, declaración mensual de beneficios del Departamento del Trabajo del Estado de Nueva York, copia de la tarjeta de pago directo con impresión, correspondencia del Departamento del Trabajo del Estado de Nueva York, o bien un documento impreso con la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York ([www.labor.state.ny.us).](http://www.labor.state.ny.us/) |
| Pago por incapacidad | $ | Copia de la carta o certificado de concesión, correspondencia de la Administración del Seguro Social, o una copia de la carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.ssa.gov.](http://www.ssa.gov/) |
| Indemnización del trabajador por accidentes laborales | $ | Copia de la carta de concesión o talón del cheque. |
| Pensión alimentaria/ manutención de los hijos | $ | Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques o recibos cobrados. |
| Dividendos o intereses | $ | Declaraciones de dividendos trimestrales o declaraciones de 1 mes |
| Otra opción | $ | Carta donde se declara el monto de ingresos no salariales (de haberlos), como ingreso por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc. |
| Sin ingresos | $0 | Declaración firmada de falta de ingresos. |