Access Best Care (ABC) Program

Providing financial aid to patients who cannot pay for the services they receive

SBH Health System BRONX

About Our Access Best Care (ABC) Program

We at SBH Health System care about your health. We know how expensive healthcare services are, and understand the financial impact these costs can have on you and your family.

SBH Health System provides financial aid to patients who cannot pay for the services they receive. The financial aid is based on your income, your healthcare needs, and the services that are provided to you.

Applying for Benefits

How do I apply for financial aid? You have to fill out the application form. As soon as we have proof of your income, we can process your application for a discount according to your income level. You can apply for a discount before you have an appointment, when you come to the Hospital to get care, or when the bill comes in the mail.

Please send the complete form to:
SBH Health System
Attention: Financial Assistance @ PFSC (Ground Floor)
4422 Third Avenue
Bronx, New York 10457

Or bring the form to The Patient & Family Service Center, Room 132 in the Main Hospital Building.

SBH Health System will notify you of eligibility within 30 days of receipt of a completed application. If denied, you will receive a denial letter and have the ability to dispute it.

How the ABC Program works

Who qualifies for a discount? The ABC Program is available for patients with limited incomes and no health insurance or health insurance that does not cover the services rendered at SBH Health System.

What services are covered? All medically necessary services provided by SBH Health System are covered by the discount. This includes outpatient services, emergency care, and inpatient admissions.

How much will I have to pay? The amount that you will be required to pay for clinic services and emergency services is determined by your income and the number of people in your household. Our financial counselor will give you the details about your specific discount(s) once your application is processed.

What are the income limits? The amount of the discount varies based on your income and the size of your family (see chart below).

Your Family Size	100% = < of Federal Poverty Guidelines	101% = > and 125% of Federal Poverty Guidelines	126% = > and 150% of Federal Poverty Guidelines	151% = > and 200% of Federal Poverty Guidelines	201% = > and 250% of Federal Poverty Guidelines	251% = > and 300% of Federal Poverty Guidelines	301% = > of Federal Poverty Guidelines
1	$11,770	$14,713	$17,655	$23,540	$29,425	$35,310	$35,311+
2	$15,930	$19,913	$23,895	$31,860	$39,825	$47,790	$47,791+
3	$20,090	$25,113	$30,135	$40,180	$50,225	$60,270	$60,271+
4	$24,250	$30,313	$36,375	$48,500	$60,625	$72,750	$72,751+
5	$28,410	$35,513	$42,615	$56,820	$71,025	$85,230	$85,231+
6	$32,570	$40,713	$48,855	$65,140	$81,425	$97,710	$97,711+
7	$36,730	$45,913	$55,095	$73,460	$91,825	$110,190	$110,191+
8	$40,890	$51,113	$61,335	$81,780	$102,225	$122,670	$122,671+
9	$45,050	$56,313	$67,575	$90,100	$112,625	$135,150	$135,151+
10	$49,210	$61,513	$73,815	$98,420	$123,025	$147,630	$147,631+

Programa de Asistencia Financiera ("ABC")

Brinda asistencia financiera a aquellos pacientes que no pueden pagar los servicios que reciben

SBH Health System BRONX

Sobre Nuestro Programa de Asistencia Financiera (Access Best Care "ABC")

A nosotros en SBH Health System nos importa su salud. Sabemos lo costoso que pueden ser los servicios médicos y el impacto financiero que puede causarle a usted y a su familia.

SBH Health System ofrece asistencia financiera a aquellos pacientes que no pueden pagar los servicios que reciben. Dicha ayuda financiera está basada en su ingreso, en sus necesidades de atención médica y en los servicios que se le brindan.

Solicitando los beneficios

¿Cómo solicitar la ayuda financiera? Usted debe completar el formulario de solicitud. En cuanto tengamos el comprobante de su ingreso, podremos procesar su solicitud para un descuento según su nivel de ingresos. Usted puede solicitar un descuento antes de tener una cita, cuando venga al Hospital a ser atendido, o cuando le llegue la cuenta por correo.

Envíe el formulario completado a:
SBH Health System
Attention: Financial Assistance @ PFSC (Ground Floor)
4422 Third Avenue
Bronx, New York 10457

O traiga el formulario al Centro de Servicios a Pacientes y Familias óa la oficina 132 en el Edificio principal del hospital.

SBH Health System le notificará de su elegibilidad dentro de un período de 30 días después de completar la solicitud. Si su solicitud es rechazada, usted recibirá una carta de rechazo y usted tendrá la oportunidad de apelar la decisión.

¿Cómo funciona nuestro programa ABC?

¿Quién califica para un descuento? El Programa de Asistencia Financiera está disponible para pacientes que tienen ingresos limitados y que no poseen seguro de salud o que cuentan con un seguro de salud que no cubre los servicios prestados en SBH Health System.

¿Qué servicios están cubiertos? Todos los servicios médicamente necesarios prestados por SBH Health System están cubiertos por el descuento. Esto incluye servicios para pacientes no hospitalizados, cuidados de emergencia, y admisiones de pacientes hospitalizados.

¿Cuánto deberé pagar? La cantidad que se le exigirá pagar para servicios clínicos y de emergencia es determinada según su ingreso y el número de personas en su grupo familiar. Nuestro asesor financiero le dará los detalles acerca de su(s) descuento(s) específico(s) una vez que su solicitud haya sido procesada.

¿Cuáles son los límites de ingresos? La cantidad del descuento varía en base a sus ingresos y al número de miembros en su familia.

Miembros en la Familia	100% = < de las Pautas Federales de Pobreza	101% = > y 125% de las Pautas Federales de Pobreza	126% = > y 150% de las Pautas Federales de Pobreza	151% = > y 200% de las Pautas Federales de Pobreza	201% = > y 250% de las Pautas Federales de Pobreza	251% = > y 300% de las Pautas Federales de Pobreza	301% = > de las Pautas Federales de Pobreza
1	$11,770	$14,713	$17,655	$23,540	$29,425	$35,310	$35,311+
2	$15,930	$19,913	$23,895	$31,860	$39,825	$47,790	$47,791+
3	$20,090	$25,113	$30,135	$40,180	$50,225	$60,270	$60,271+
4	$24,250	$30,313	$36,375	$48,500	$60,625	$72,750	$72,751+
5	$28,410	$35,513	$42,615	$56,820	$71,025	$85,230	$85,231+
6	$32,570	$40,713	$48,855	$65,140	$81,425	$97,710	$97,711+
7	$36,730	$45,913	$55,095	$73,460	$91,825	$110,190	$110,191+
8	$40,890	$51,113	$61,335	$81,780	$102,225	$122,670	$122,671+
9	$45,050	$56,313	$67,575	$90,100	$112,625	$135,150	$135,151+
10	$49,210	$61,513	$73,815	$98,420	$123,025	$147,630	$147,631+