

## **Solicitud uniforme de asistencia financiera hospitalaria del estado de Nueva York**

Es posible que tenga derecho a recibir asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado o si tiene seguro médico, pero tiene comprobantes de gastos médicos pagados que sumen más del 10 % de sus ingresos. Al llenar este formulario, iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Todos los hospitales del estado de Nueva York utilizan este formulario.

*Esta solicitud debe imprimirse en los principales idiomas<sup>1</sup> que hablan los pacientes que reciben servicios en este hospital.*

### **Nombre del paciente (ingrese la información que corresponda)**

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre y apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Núm. de departamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si la tiene)		

### **Información familiar:**

A continuación, enumere a todos los familiares que viven en su hogar. Su hogar está compuesto por usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos u otras personas que dependan de usted. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

Los ingresos brutos son sus ingresos **antes** de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo autónomo), ingresos no derivados del trabajo (beneficios del Seguro Social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario).

<b>Nombre completo</b>	<b>Relación</b>	<b>Ingresos brutos totales</b>
	Solicitante	

<sup>1</sup> Los "idiomas principales" incluyen cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las consultas de pacientes al año, o cualquier idioma hablado por más del 1 % de la población del área principal de servicio del hospital, calculado a partir de la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.


El hospital puede pedirle que presente documentación para comprobar sus ingresos; por ejemplo, un talón de pago, una carta de su empleador (si corresponde) o el Formulario 1040.

**Situación del seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico, como Medicaid, Medicare o un seguro privado que su empleador le proporcionó o que usted adquirió por su cuenta?  Sí  No

Si su respuesta es "No", ¿desea recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

Sí  No

**Pacientes infrasegurados: personas con seguro y gastos médicos elevados.** Si tiene seguro, proporcione una estimación de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$
----

El hospital puede solicitarle que presente documentación para comprobar los gastos médicos pagados.

**Paciente/parte responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y la autoridad que le permite firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre/madre, representante legal).**

Entiendo que la información que envíe puede estar sujeta a la verificación de fuentes externas. Certifico que la información es veraz y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

# Pautas y criterios mínimos de elegibilidad

## Plazos para las solicitudes, derechos de los pacientes y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobranza.
- No tiene que pagar nada a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden enviar las cuentas a cobranza mientras la solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la asistencia financiera, tiene derecho a presentar una apelación. Encontrará información sobre cómo hacerlo en la notificación que reciba del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el importe de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo hacerlo en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar las facturas pendientes de pago a una agencia de cobranza hasta que hayan transcurrido al menos 180 días desde su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas sin pagar de pacientes con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL). Puede encontrar la guía sobre los niveles de pobreza aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- Toda la información que proporcione en esta solicitud será utilizada por el hospital exclusivamente para determinar si es elegible para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle los servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese a la oficina de asistencia financiera de (HOSPITAL NAME) al (PHONE NUMBER).
- Si necesita más asistencia sobre esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

## Elegibilidad

No hay nada que limite la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad para descuentos de pago de pacientes con niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación y/o para proporcionar mayores descuentos de pago para los pacientes elegibles que los que exige la Ley de Salud Pública. Asimismo, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad a efectos de determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro de salud; o personas con seguro insuficiente (costos médicos directos acumulados en los últimos doce meses que representen más del diez por ciento de los ingresos anuales brutos de dicha persona).
- Personas que hayan agotado sus beneficios de seguro de salud y que puedan demostrar que no les es posible pagar la totalidad de los cargos.
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar su incapacidad para pagar el copago y/o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas con ingresos que no superen el 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir asistencia financiera.

<b>Niveles federales de pobreza (2024)</b>			
<b>Número de miembros del hogar</b>	<b>200 %</b>	<b>300 %</b>	<b>400 %</b>
Una persona	\$30,120	\$45,180	\$60,240
Dos personas	\$40,880	\$61,320	\$81,760
Tres personas	\$51,640	\$77,460	\$103,280
Cuatro personas	\$62,400	\$93,600	\$124,800
Cinco personas	\$73,160	\$109,740	\$146,320
Seis personas	\$83,920	\$125,880	\$167,840
Siete personas	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Actualización anual: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

### **Tasas mínimas de descuento**

Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, sus gastos se reducirán en función de sus ingresos según una escala variable de tarifas de la siguiente manera:

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Por debajo del 200 % del FPL</b>	Se eximen todos los cargos.
<b>200 %-300 % del FPL</b>	Pacientes sin seguro médico: escala variable de hasta el 10 % del importe que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del importe que se habría pagado de conformidad con la distribución de costos compartidos del seguro de dicho paciente.
<b>301 %-400 % del FPL</b>	Pacientes sin seguro médico: escala variable de hasta el 20 % del importe que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del importe que se habría pagado de conformidad con la distribución de costos compartidos del seguro de dicho paciente.

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

### **Planes de pago a plazos**

Existen planes de pago a plazos para los pacientes que no pueden cubrir la tarifa reducida en un solo pago. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de sus ingresos mensuales brutos y la tasa de interés que se cobre al paciente sobre el saldo pendiente, si lo hay, no debe superar el 2 %.

## Solicitud de comprobante de ingresos familiares

Incluya la información sobre los ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier persona dependiente (como los hijos). Por ejemplo, esto supondría incluir a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del hogar.

A continuación, encontrará una lista de documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede presentar una declaración de ausencia de ingresos familiares si no tiene ingresos.

Además, puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de seguros de salud de NY State of Health. Si cuenta con este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna de la información adicional sobre ingresos que se indica a continuación.

<b><u>Si el hogar recibe:</u></b>	<b><u>Importe mensual:</u></b>	<b><u>El solicitante puede proporcionar:</u></b>
Salario	\$	Proporcione un talón de pago o una carta del empleador con el membrete de la empresa, firmada y fechada, o la última declaración de impuestos presentada.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU., o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Subsidio de desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o estado de cuenta 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 copia impresa de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Seguro de compensación para los trabajadores	\$	Copia de la carta de concesión o del talón del cheque.
Pensión alimenticia/ manutención infantil	\$	Copia de la orden judicial, o tres meses de recibos/ cheques cobrados.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o estados de cuenta mensuales.
Otro	\$	Carta en la que se indique el importe de los ingresos no salariales (si los hay), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de ausencia de ingresos.