

Solicitud uniforme de asistencia financiera hospitalaria del estado de Nueva York

Es posible que usted sea elegible para recibir asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no está asegurado, si su seguro está agotado o si tiene seguro médico, pero tiene pruebas de gastos médicos pagados que sumen más del 10 % de sus ingresos. Al llenar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario lo utilizan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe imprimirse en los idiomas principales¹ hablados por los pacientes que atiende el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Nº de teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor o un adulto discapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene una)		

Información sobre la familia:

Enumere a continuación todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar está compuesto por usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que aparecen en la misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos significa sus ingresos **antes** de deducir los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos procedentes del trabajo (sueldos, salarios, propinas, ingresos de trabajo independiente), ingresos no procedentes de trabajo (beneficios del Seguro Social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de parte de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos de seguridad suplementarios).

Nombre completo	Relación	Total de ingresos brutos (actuales)
	Yo mismo	

El hospital puede pedirle que presente documentación como prueba de sus ingresos; entre los ejemplos de documentación se pueden incluir un comprobante de pago, una carta de su empleador, si procede, o el formulario 1040.

Estatus en cuanto a seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? Sí No

Si respondió "No", ¿desea ayuda para presentar una solicitud para alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes con seguro insuficiente: 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 pedirle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

Paciente/parte responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre o madre, representante legal).

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

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Si envía su solicitud por correo, envíela a:

**Rochester Regional Health
100 Kings Highway South
Rochester, NY 14617
Attn: PFS, Financial Counseling Department**

Email: Financialaid@rochesterregional.org

Fax 585-922-1341

Elegibilidad mínima y directrices

Plazos para la presentación de solicitudes, derechos de los pacientes y confidencialidad

- Puede presentar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento del proceso de cobro.
- No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden remitir cuentas para su cobro mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le deniega la asistencia financiera, tiene derecho a presentar una apelación. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su asistencia financiera. En su carta de decisión, el hospital incluirá información sobre cómo presentar una apelación.
- Los hospitales no pueden enviar facturas no pagadas a una agencia de cobros durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas no pagadas de pacientes por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Las directrices sobre pobreza pueden consultarse aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud será utilizada únicamente por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.
- Los hospitales no pueden negarle servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, póngase en contacto con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 585-922-1900 o, para los pacientes de St. Lawrence Health, llame al 315-210-1300.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o para apelar una decisión, puede ponerse en contacto con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de los hospitales para establecer la elegibilidad de los pacientes para descuentos de pago a niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación o para otorgar descuentos de pago mayores a los pacientes elegibles que los requeridos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para propósitos de determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas con ingresos bajos y sin seguro médico; o
- personas con seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que ascienden a más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de dicha persona); o
- quienes hayan agotado sus beneficios del seguro médico y puedan demostrar su incapacidad para pagar la totalidad de los gastos; o
- a discreción del hospital, las personas que puedan demostrar su incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas con un nivel federal de pobreza de hasta el 400 % pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.

Niveles federales de pobreza (2024)			
Número de personas en el grupo familiar	200 %	300 %	400 %
1 persona	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 personas	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 personas	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 personas	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 personas	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 personas	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 personas	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Se actualiza anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tasas mínimas de descuento

Si califica para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo a sus ingresos en una escala de tarifa variable de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (NFP)	Exoneración de todos los cargos
Entre el 200 % y el 300 % del NFP	Pacientes sin seguro: descuento del 100 % en los cargos Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
Entre el 301 % y el 400 % del NFP	Pacientes sin seguro: descuento del 100 % en los cargos Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

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

Planes a plazos

Existen planes a plazos para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés aplicada al paciente sobre el saldo no pagado, si lo hubiera, no superará el 2 %.

Solicitud de comprobante de ingresos del grupo familiar

Por favor, incluya la información sobre ingresos del paciente, su cónyuge y sus dependientes (como los hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas de la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

La siguiente es una lista de documentos que puede utilizar para acreditar sus ingresos. No tiene que proporcionar todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de ingresos nulos del grupo familiar si no tienen ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de seguros de salud del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionarle al hospital ninguna otra información sobre ingresos indicada abajo.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Proporcione un comprobante de pago actual 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, 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 www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, estado mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, copia de la tarjeta de pago directo con su impresión, correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o impresión de la información de la cuenta del beneficiario de la página web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, 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 www.ssa.gov .
Compensación al trabajador	\$	Copia de la carta de concesión o talón de cheque.
Pensión alimenticia/ manutención de los hijos	\$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Ingresos por jubilación	\$	Estados de cuenta mensuales de pensiones, 401k, anualidades, etc.
Dividendos/intereses	\$	Estados trimestrales de dividendos o estados mensuales.
Otro	\$	Carta en la que se indique el monto de los ingresos no salariales (si los hay), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración de no ingresos firmada.