

Solicitud uniforme de asistencia financiera hospitalaria del estado de Nueva York

Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado o si, a pesar de tener seguro médico, puede demostrar que ha pagado gastos que superan el 10% de sus ingresos. Al completar este formulario, se iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Todos los hospitales en el estado de Nueva York utilizan este formulario.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección		Número de apartamento/unidad
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

Información sobre la familia:

A continuación, enumere a todos los integrantes de su grupo familiar. Su grupo familiar le incluye a usted, a su cónyuge o pareja de hecho y a sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa su ingreso **antes** de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo autónomo), ingresos no devengados (beneficios del Seguro Social, discapacidad y desempleo), contribuciones (aportes de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos complementarios del seguro).

Nombre completo	Relación	Ingreso bruto total (actual)
	Usted	

El hospital podría solicitarle documentación como prueba de ingresos. Algunos ejemplos incluyen un recibo de pago de salario, una carta de su empleador si corresponde o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

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

Si su respuesta es "No", ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar 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 solicitarle que presente documentación como comprobante de gastos médicos pagados.

Paciente/parte responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de quien firma el formulario y su autoridad para hacerlo en su representación (por ejemplo, cónyuge, padre, representante legal).

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación por fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde	Fecha
relación con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y directrices

Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que hacer ningún pago al hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden remitir cuentas a cobranzas mientras su solicitud esté en proceso.
- Si se le niega la asistencia financiera, usted tiene derecho a apelar. La notificación que reciba del hospital incluirá información sobre cómo hacerlo. También podría tener derecho a apelar el monto de la asistencia otorgada. El hospital le proporcionará instrucciones sobre el proceso de apelación en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobro antes de 180 días a partir de la emisión de la primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar las facturas médicas impagas a pacientes con ingresos inferiores al 400% del nivel federal de pobreza. Puede consultar las directrices sobre la pobreza en: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital solo usará la información de esta solicitud para determinar si califica para la asistencia financiera y la mantendrá confidencial dentro de los límites legales.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios por tener facturas pendientes.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, llame a la oficina de asistencia financiera de NYC Health + Hospitals al 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692).
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Criterios de elegibilidad

Nada impide que un hospital establezca criterios de elegibilidad para descuentos en el pago a niveles de ingresos superiores a los indicados a continuación ni que otorgue descuentos mayores a los exigidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no se considera un criterio de elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico.
- Personas con seguro médico insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que superen el 10% de su ingreso bruto anual).
- Personas que han agotado sus beneficios de seguro médico, y que pueden demostrar su incapacidad para pagar los costos totales.
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas con ingresos de hasta el 400% del nivel federal de pobreza pueden recibir asistencia financiera.

Niveles federales de pobreza (2024)			
Tamaño del 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

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

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán según sus ingresos en una escala de tarifas variables de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200% del nivel federal de pobreza (FPL)	Exención de todos los cargos
200% - 300% FPL	Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 10% del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10% del monto que habría correspondido pagar según el costo compartido del seguro.
301% - 400% FPL	Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 20% del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20% del monto que habría correspondido pagar según el costo compartido del seguro.

Los hospitales pueden optar por otorgar descuentos mayores a los pacientes elegibles o aplicar descuentos a personas con ingresos más altos.

Planes de pago en cuotas

Los pacientes que no puedan pagar la tarifa reducida en un solo pago pueden optar por un plan de pago en cuotas. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5% de su ingreso mensual bruto y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo pendiente, si corresponde, no puede superar el 2%.

Solicitud de comprobante de ingresos del grupo familiar

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto abarca a todas las personas incluidas en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) para calcular el ingreso del grupo familiar.

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de que no tiene ingresos en el hogar si no cuenta con ningún ingreso.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del NY State of Health Marketplace. Si cuenta con este documento, no es necesario proporcionar ningún otro comprobante de ingresos que se detalla a continuación.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Presente un recibo de sueldo, o una carta del empleador en papel con el membrete de la empresa, firmada y con fecha, o la declaración de impuestos más reciente.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los 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 .
Indemnización por desempleo	\$	Copia de la carta de adjudicación/certificado, o el estado de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con el desglose, o correspondencia del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o impresión de la información de la cuenta del beneficiario desde el sitio 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, 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 www.ssa.gov .
Compensación de los trabajadores	\$	Copia de la carta de adjudicación o recibo de sueldo.

Pensión alimenticia/ manutención de los hijos	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques cobrados/comprobantes de pago.
Dividendos/intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, pagos en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$	Declaración firmada de ausencia de ingresos.