



ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.

ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
CUIDADO DE LA CARIDAD (ST JOHN'S CHOICE)
&
PROCESO DE ASISTENCIA FINANCIERA
(Revisado Junio 17, 2019)

{APÉNDICE B}



**PROCESO DE ASISTENCIA FINANCIERA Y CUIDADO DE LA
CARIDAD -ST. JOHN'S CHOICE**

<u>Página</u>	
3	Resumen del Programa de Asistencia Financiera
4	Área (s) de Servicio y Política de Cobro
5	Principios Rectores de Entendimiento y Responsabilidades
6	Carta del Proceso de Atención de Caridad y Asistencia Financiera
7	Atención de Beneficencia o Política y Procedimiento de Atención Gratuita
7	Criterios para la Determinación del Monto de la Caridad
8	Proceso de la Aplicación de Caridad
8	Pautas de Ingresos
9	Información Utilizada para Evaluar la Determinación del Cuidado de Caridad y Otros Activos / Recursos
10	Pautas Federales Anuales de Pobreza de HHS 2019
11	Carta al Paciente para Completar la Consideración del Cuidado de Caridad
12	Solicitud de Atención Caritativa de St. John's Choice
13	Información Utilizada para Evaluar la Determinación del Cuidado de Caridad
14	Aviso de Determinación de Tarifa Reducida
15	Aviso - Pautas de Ingresos Excedidas



RESUMEN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

St. John's Episcopal Hospital es un hospital sin fines de lucro cuya misión es prestar atención médica a todas las personas que necesitan atención médica urgente o de emergencia, independientemente de su capacidad de pago o de la fuente de pago de los servicios. Tenemos una política que debe seguir nuestra oficina de facturación que establece pautas para los niveles de asistencia que dependen de la situación financiera.

Si los beneficios de su cobertura de seguro de salud no cubren adecuadamente sus gastos médicos, podemos trabajar con usted para organizar un plan de pago manejable. Un representante se reunirá con usted para revisar su situación financiera individual a fin de determinar si reúne los requisitos para la asistencia financiera, ya sea en forma de asistencia del gobierno, un plan de pago individual o de Charity Care.

Si califica para nuestro Programa de atención de caridad, los cargos facturados en el establecimiento se reducirán a un "cargo fijo" o un porcentaje de la tarifa de Medicaid aplicable del centro para los tipos de servicios para pacientes hospitalizados y / o ambulatorios, o un porcentaje de los cargos. El monto final descontado dependerá del tipo de servicio prestado (ver el APÉNDICE A - de Asistencia Financiera - Cuadrícula de atención de caridad para cantidades específicas por tipos de servicio). Facturas profesionales de médicos de St. John's Medical Services, P.C. y St. John's Emergency Services, P.C. aplicará una "tarifa fija" y / o un porcentaje de los cargos de acuerdo con el nivel de grupo de caridad aplicable: todos los demás servicios profesionales están excluidos y las dificultades financieras deben abordarse directamente con la entidad de facturación. Consulte la "Lista de médicos cubiertos y NO cubiertos por la Política de asistencia financiera del hospital" (APÉNDICE C).

Es importante que nos haga saber lo antes posible que puede tener problemas para pagar su factura. Le recomendamos que organice una reunión con nuestros Departamentos de Evaluación Financiera. Para obtener asistencia para pacientes hospitalizados, llame al 718-869-7150 y para recibir asistencia para pacientes ambulatorios, llame al 718-869-7077 para concertar una cita o visite el Departamento de Finanzas ubicado en la sala CP156, primer piso, durante el horario comercial normal (9:00 a. 3:00 pm). También puede hablar sobre el plan de asistencia financiera con el personal en el que busca atención.

El proceso para solicitar la atención de caridad del St. John's Episcopal Hospital es tan fácil como A-B-C:

- A. Haga una cita con nuestros consejeros financieros para pacientes hospitalizados o ambulatorios. El personal de su área de servicio respectivo puede dirigirlo.
- B. Nuestros consejeros financieros revisarán confidencialmente su situación para ver si usted califica para algún tipo de ayuda gubernamental u otra asistencia financiera.
- C. Revisaremos de manera confidencial sus ingresos y activos para determinar sus necesidades de atención de caridad y / o si hay otras formas de asistencia disponibles. Si no puede calificar para la asistencia del gobierno y determinamos que califica para la atención hospitalaria de caridad, le proporcionaremos una carta que indique que se cubrirá la totalidad o parte de su atención hospitalaria.

Tenga en cuenta:

1. St. John's Episcopal Hospital solo puede proporcionar servicios hospitalarios de caridad. Debe coordinar otros servicios de salud (como atención médica, atención dental, anteojos o medicamentos recetados) con médicos individuales y otras agencias gubernamentales o sin fines de lucro para esos servicios.
2. Al presentar una solicitud completa, incluida cualquier información o documentación necesaria para determinar la elegibilidad del paciente de conformidad con la política de asistencia financiera del hospital, el paciente puede ignorar las facturas del hospital (no se aplica a las facturas del médico, que deberá abordar directamente con el proveedor profesional) hasta que el hospital haya emitido una decisión sobre la solicitud.



ÁREA DE SERVICIO (S) Y POLÍTICA DE RECAUDACIÓN

**CUIDADO DE BENEFICENCIA DEL HOSPITAL ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
(ST JOHN'S CHOICE)**

A. Todas las personas que viven en los cinco condados de la ciudad de Nueva York y el condado de Nassau pueden obtener un descuento en servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia si cumplen con los límites de ingresos. A nadie se le negará la atención médicamente necesaria porque necesita asistencia financiera.

B. Todas las personas en el estado de Nueva York que necesitan servicios de emergencia pueden recibir atención y obtener un descuento si cumplen con los límites de ingresos.

C. No se brindará cuidado de caridad para admisiones o procedimientos de cirugía estética que no sean médicamente necesarios.

D. Hospital seguirá su **política de cobranzas** sobre cualquier saldo pendiente después de que se hayan aplicado los ajustes de cuidado caritativo aplicables:

a. Una cuenta puede remitirse a cobro / deuda incobrable si cumple uno o más de los siguientes criterios:

i. El saldo de su propio sueldo no se paga dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la factura, cuando se han agotado todos los esfuerzos de seguimiento razonables.

ii. El paciente / el garante avisa al personal de las cuentas del paciente que no tienen la intención de pagar el saldo.

iii. La comunicación del paciente por correo y / o teléfono no es exitosa debido a la mala información y / o no es respondida por el paciente / garante.

iv. El paciente no cumple con el plan de pago acordado, momento en el cual el sistema de facturación mueve la cuenta a la siguiente fase de facturación para cumplir con la cantidad requerida de declaraciones (cuatro) antes de la transferencia al cobro / la deuda incobrable.

b. Si una cuenta de pago automático que se ha facturado permanece sin pagar por más de 120 días y se han agotado todos los esfuerzos razonables de cobro, la cuenta se derivará a una deuda incobrable. Los esfuerzos de recolección razonables incluyen:

i. Enviar una factura (declaración) inicial de Autopago por el saldo y las declaraciones subsiguientes a los 31 días, 61 días y 91 días desde la fecha de la factura.

ii. Revisar cuentas anteriores en el sistema de facturación del hospital para determinar si existe un tercero pagador válido para la fecha de servicio particular.

iii. "Barridos" de autoliquidación, a través del proveedor establecido, para determinar la elegibilidad de Medicare y / o Medicaid, así como cualquier plan de cuidado administrado vinculado a dicha cobertura.



**ST. JOHN'S CHOICE: CARIDAD HOSPITALARIA:
PRINCIPIOS RECTORES DE ENTENDIMIENTO Y RESPONSABILIDADES**

La política del St. John's Episcopal Hospital asegura que los pacientes reciban servicios hospitalarios médicamente necesarios, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios médicos, los medicamentos para pacientes ambulatorios y otros servicios de salud no hospitalarios no están controlados por el St. John's Episcopal Hospital, y por lo tanto están fuera de la política de nuestro hospital. Se reconoce que St. John's Episcopal Hospital y otros hospitales tienen capacidades limitadas para absorber los crecientes niveles de atención gratuita y no reembolsada. El paciente comparte la responsabilidad de trabajar en cooperación con la oficina de facturación del hospital, las aseguradoras y las agencias gubernamentales para reembolsar al hospital por los servicios que recibe el paciente. Cuando los fondos de pago no están disponibles, el hospital debe informar a un paciente calificado que su factura ha sido perdonada.

Los siguientes puntos aclaran aún más los principios de comprensión con respecto al hospital y las responsabilidades compartidas de los pacientes:

1. No tener seguro no significa que la persona automáticamente califica para St. John's Choice. De manera similar, tener cierto nivel de cobertura no excluye automáticamente que el hospital desconcentre parte o la totalidad de la factura no cubierta de la atención del paciente.
2. El proceso de solicitud de atención de caridad incluirá un acuerdo del solicitante para cooperar con el hospital, para buscar todas las opciones de financiación apropiadas de manera oportuna. Según las circunstancias del paciente, las opciones podrían incluir:
 - Medicaid / Medicare / Seguridad de Ingreso Suplementario a través de la Discapacidad de la Seguridad Social
 - Otros derechos
 - Asignaciones de cualquier reembolso de servicios hospitalarios recibidos a través de otras fuentes, pleitos, etc.
 - Planes de pago (los pagos mensuales no pueden exceder el 10% del ingreso mensual bruto del paciente)
 - Atención caritativa de St. John's Choice (completa / parcial)
3. El paciente acordará proporcionar información precisa y responder rápidamente a las llamadas o cartas que soliciten la información requerida.
4. El proceso de solicitud de atención de caridad debe ser tan eficiente como sea posible mientras que proporciona una consideración completa de los ingresos y activos disponibles para cubrir la factura. La asistencia será provista por St. John's Episcopal Hospital para ayudar a los pacientes a completar cualquier formulario necesario. Esto debe incluir la asistencia de un traductor de idiomas si surge la necesidad.
5. La política de puertas abiertas del St. John's Episcopal Hospital y el proceso de solicitud de atención caritativa de St. John's Choice se publicarán claramente en las áreas públicas y en los materiales de admisión.
6. Los arreglos con los médicos para sus servicios son responsabilidad del paciente.



ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.

Estimado paciente:

Gracias por usar St. John's Episcopal Hospital. Ha sido nuestro privilegio ser de servicio. Parte de la misión del St. John's Episcopal Hospital es brindar atención médica a todas las personas necesitadas, independientemente de su capacidad de pago.

Si no puede pagar la totalidad o una parte de su factura del hospital, nuestra Oficina de Asistencia Financiera revisará su situación para determinar si califica para la asistencia del gobierno, establecer un plan de pago mensual o determinar si es elegible para Atención de caridad.

Debe acercarse a nuestra Oficina de Asistencia Financiera ubicada en la sala CP156, primer piso, durante el horario comercial normal (8:00 a.m. a 4:00 p.m.). También puede llamarnos al (718) 869-7077 o hablar con el personal del departamento donde está buscando atención. Informe al asesor financiero si necesita un intérprete. Antes de venir, complete la Sección I del formulario adjunto de Solicitud de asistencia financiera. Incluso si no puede acudir a nuestra oficina de Asistencia financiera, complete la Sección I de la Solicitud de asistencia financiera y devuélvala al Hospital de inmediato. La información se usará para determinar si hay ayuda disponible para su factura del Hospital. Los formularios se pueden obtener en el escritorio del Registrador en cada área de servicio del Hospital. También puede solicitar una copia del formulario llamando al (718) 869-7077 y se lo enviaremos por correo.

St. John's Episcopal Hospital trabaja arduamente para brindar atención y servicio de alta calidad a nuestra comunidad y más allá. Usted puede ser parte de nuestros esfuerzos para brindar atención de calidad a todos los que entran por nuestras puertas completando el formulario y llevándolo a la Oficina de Asistencia Financiera.

Sinceramente,

Bertrand Batista
AVP Revenue Cycle



**ST. JOHN'S CHOICE
CUIDADO DE LA CARIDAD
O PROCEDIMIENTO DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN GRATUITA**

Reglas Generales:

St. John's Choice es un programa donde se aplica la caridad o la atención gratuita a la atención médica brindada a personas de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente por un hospital u otro proveedor para el cual no se espera que se pague.

St. John's Episcopal Hospital utiliza un proceso consistente para considerar la necesidad de un individuo de Atención de caridad en función de la demostración de incapacidad de cada paciente para pagar sus servicios o que sus servicios estén cubiertos por otra fuente de pago.

Se utilizan pautas generales que toman en cuenta los gastos pendientes y / o anticipados actuales de una persona para servicios médicos de rutina en St. John's Episcopal Hospital, así como el servicio total que el paciente puede requerir y los recursos potenciales del paciente que podrían aplicarse para el reembolso para servicios.

St. John's Episcopal Hospital ayudará a los pacientes a determinar si el paciente puede o no ser elegible para algún tipo de derecho a través de un programa gubernamental. St. John's Episcopal Hospital necesitará que el paciente ayude en esta determinación y en el posible proceso de solicitud.

La solicitud de St John's Choice no es ni puede servir como sustituto de los derechos del gobierno existente u otros programas de asistencia. Cuando se determina que el paciente tiene recursos mínimos y no puede calificar para la asistencia de cualquiera de los programas de autorización, se otorgará una caridad 100% o parcial. Sin embargo, en el caso de que una persona tenga activos significativos, el hospital puede asegurar su interés en esos activos según corresponda.

**CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL MONTO DE LA CARIDAD
DE ST. JOHN'S CHOICE**

Los criterios para determinar la cantidad de atención de caridad para la cual un paciente es elegible en el momento de una ocasión o servicio deben incluir los siguientes factores:

1. Ingreso individual o familiar
2. Patrimonio neto individual o familiar
3. Estado de empleo
4. Tamaño de la familia
5. Otras obligaciones financieras
6. El monto y la frecuencia de las facturas de atención médica
7. Otras fuentes de pago por los servicios prestados



PROCESO DE LA APLICACIÓN DE CARIDAD: ST. JOHN'S CHOICE

1. El personal trabajará con las personas, cara a cara o por carta, para reunir la información necesaria.
2. Se revisará la elegibilidad del solicitante para asistencia gubernamental o programas de derecho. es decir, asistencia médica (Medicaid / CHCEP) (Programa de Emergencia para Atención de Salud Catastrófica)
3. La tabla de ingresos contenida en esta guía, los cálculos de ingresos disponibles y la disponibilidad de otros activos se usarán para ayudar a determinar si la persona califica para caridad.
4. El equipo de gestión revisa las solicitudes de atención de beneficencia, en coordinación con el Director de cuentas de pacientes, para garantizar la coherencia y la continuidad.
5. Generalmente, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria, el Hospital le informará al solicitante sobre cualquier opción que pueda existir para asistencia del gobierno, planes de pago o subsidio de cuidado de caridad. Una vez que estas opciones ya no existan, el Hospital informará al solicitante por carta o llamada telefónica de su decisión de caridad.

PAUTAS DE INGRESOS

Con el fin de proporcionar atención gratuita a las personas con ingresos inferiores al 400% (FPG) de las pautas federales de pobreza, el Hospital se refiere a la Base en las Pautas Federales de Pobreza (FPG) vigentes para el cambio de FPG del año en curso.

Para las personas que tienen un ingreso inferior al 400% (FPG) de la directriz federal de pobreza y que cumple con las pautas federales de pobreza, pueden calificar para que su factura se reduzca a través de un ajuste de caridad cuando:

- ✓ No pueden calificar para ninguna otra asistencia
- ✓ Han cooperado para intentar calificar
- ✓ No tienen otros recursos para cubrir la factura



INFORMACIÓN UTILIZADA PARA EVALUAR LA DETERMINACIÓN DE LA CARIDAD

A fin de administrar justamente estas pautas, se les pedirá a los solicitantes que proporcionen y llenen una solicitud de St. John's Choice Charity Care (adjunta). El paciente dará fe de la exactitud de la siguiente información:

- ✓ Tamaño de la familia. Composición del hogar.
- ✓ Ingresos brutos mensuales del hogar y de qué fuentes.
- ✓ Gastos mensuales razonables del hogar.
- ✓ Otros recursos / activos del hogar
- ✓ El personal de St. John's determinará si los pacientes califican para uno de los programas de asistencia disponibles en la comunidad. La cobertura considerada incluirá, pero no se limitará a Medicaid, Medicaid a través de SSI, Asistencia del Condado y el Programa CHCEP. El personal de St. John's ayudará al paciente a solicitar estos programas comunitarios.

OTROS ACTIVOS / RECURSOS

Al considerar otros activos o recursos, que un individuo podría aplicar para pagar su factura, se realizará una revisión de los activos del paciente. Sin embargo, St. John's Episcopal Hospital no considerará que se liquiden los siguientes activos / recursos para calificar para recibir atención de caridad. Para pacientes con niveles de ingresos del 150% o menos de las pautas federales de pobreza, consideraremos los activos caso por caso

Las siguientes categorías de activos estarán siempre exentas:

- ✓ Fondos de jubilación personal federalmente calificados
- ✓ Residencia única
- ✓ Automóvil (s) requerido para mantener el ingreso familiar
- ✓ Ahorros o activos similares (es decir: CD, acciones, etc.) con un valor de menos de dos meses de ingresos federales de referencia de pobreza



PAUTAS FEDERALES ANUALES DE POBREZA DE HHS 2019

Personas en familia / hogar	Pauta de Pobreza
Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,420 por cada persona adicional.	
1	\$12,490
2	16,910
3	21,330
4	25,750
5	30,170
6	34,590
7	39,010
8	43,430

<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2019-02-01/pdf/2019-00621.pdf>



ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.

Fecha: _____

FECHA DE INGRESO O SERVICIO:
N° DE CUENTA:

Estimado señor o señora:

De acuerdo con su solicitud, adjunto encontrará el formulario que debe llenar para consideración de atención de beneficencia. Asegúrese de responder todas las preguntas de este formulario y devuélvanoslo lo más pronto posible para la evaluación de la administración.

Devuélvalo a:

St. John's Episcopal Hospital
327 Beach 19th Street
Far Rockaway, NY 11691
Attn: Patient Accounts
(718)869-7077

Gracias.

Atentamente,



ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
 EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.

APLICACIÓN DE SERVICIOS DE CARIDAD

Nombre del paciente _____ Telefono _____
 Dirección _____
 Numero de cuenta _____
 Numero de registro medico _____

Dependientes del Apicante (primero su nombre)

Nombres	Relacion	Sexo	Cumpleaños	Lugar de Nacimiento

Si usted o un miembro en su familia esta embarazada, ponga el nombre aqui _____ y la fecha de parto _____

Tipo de Ingreso	Cantidad	Gastos	Cantidad
Salario Neto	\$	Manutencion del niño	\$
Beneficios de desempleo	\$	Alquiler/Hipoteca	\$
Pension	\$	Compra directa de seguro medico	\$
Seguro Medico.	\$	Seguro	\$
Pago de Seguro Social	\$		\$
Dividendo/Intereses	\$		\$
Alquiler	\$		\$
Alimonia	\$		\$
Otro Ingreso	\$		\$
SUBTOTAL INGRESO	\$	SUBTOTAL GASTOS	\$

Calculo de Ingreso Neto (INGRESOS-GASTOS) _____

CANTIDAD DE CUIDADO CARITATIVO (INGRESO NETO COMPARADO A LA ESCALA DE ST.JOHN'S Y A LA TASA DE POBREZA) _____

YO AFIRMO QUE LA INFORMACION PROVEIDA ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Firma del paciente _____
 Aplicación completada por: _____ Fecha: _____



**INFORMACIÓN USADA PARA EVALUAR LA DETERMINACIÓN DEL
CUIDADO DE CARIDAD**

A fin de administrar justamente las pautas de Atención de caridad, se les solicitará a los solicitantes que proporcionen y llenen el formulario adjunto. St. John's Episcopal Hospital verificará (cuando sea necesario) la siguiente información:

- Tipos de servicios recibidos o anticipados (es decir, ¿es una condición crónica que puede calificar para otras formas de asistencia del gobierno u otros gastos importantes anticipados?)
- ¿Cuál es el tamaño de la familia?
- ¿Cuál es el ingreso bruto mensual del hogar y de qué fuentes?
- ¿Cuáles son los gastos mensuales razonables del hogar?
- ¿Qué tipo de otros recursos / activos tiene el hogar?
- ¿Puede la calidad del paciente para uno de los programas de asistencia disponibles en la comunidad? (La cobertura considerada incluirá, pero no se limitará a, Medicaid, Medicaid a través de SSI, Asistencia del Condado y Programa CHCEP)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA PRUEBA DE INGRESOS

Por favor, envíe uno de los siguientes documentos para ser revisado por posible atención de caridad:

- Declaración del impuesto sobre la renta, o si no hay declaración presentada, carta del empleador verificando el ingreso de los últimos cuatro (4) períodos de pago.
- Recibos de seguro de desempleo.
- Pagos de apoyo divorcio o separación.
- Beneficios de jubilación, compensación de trabajadores, pensión.
- Carta de apoyo de la parte responsable, con documentación de ingresos

Asegúrese de completar todas las preguntas en ambos lados de este formulario y envíenoslo tan pronto como sea posible para que la administración lo revise de la siguiente manera:

Hospital Episcopal de San Juan
327 Beach 19th Street
Far Rockaway, NY 11691
Atención: Patient Accounts

Tel # (718) 869-7077



AVISO DE DETERMINACIÓN DE TARIFA REDUCIDA

Fecha _____

Numero de cuenta _____

Apellido Nombre

Apellido del garante Nombre del garante

Direccion del garante

Bajo la Política de seleccion de St.John's de cuidados caritativos, basado a sus ingresos, el tamaño de su familia y la informacion de pertenencias proveidas, el paciente mencionado anteriormente es elegible para una tarifa reducida de la siguiente manera:

(Seleccione todo lo que apliqué)				
	Fecha de Servicio	Cargos Originales	Cantidad Reducida	Nuevo Balance del paciente
Admisión del paciente Hospitalizado				
Cirugia Ambulatoria				
Cuarto de Emergencia				
Servicios de la Clinica				

Si usted tiene alguna pregunta respecto a esta tarifa reducida, por favor llamar al 718-869-5000

Autorizado por: _____

Los pagos se harian de la siguiente manera _____



ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
 EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.

AVISO - INGRESO SOBREPASA EL LIMITE

FECHA: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE ADMISION Y DE ALTA: _____

NUMERO DE CUENTA: _____

BALANCE:\$ _____

Basado en la información financiera que nos mando, sus entradas excede el límite para ser cualificado Por una cuenta de caridad. Por tanto su obligación es el balance de \$ _____ el cual debe ser pagado a St. John's Episcopal Hospital de la siguiente manera: CP153. (718) 869-7077

Su pago completo debe ser recibió en 10 días de la fecha de esta carta.
 O, si usted desea puede pagar en _____ pagos de \$ _____ al mes, por favor firme si acepta estos pagos mensuales.

FECHA: _____ FIRMA DE PAGO: _____

Método de pago:

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> En efectivo | <input type="checkbox"/> Cheque | <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito |
| <input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> Discover | <input type="checkbox"/> Master Card |
| <input type="checkbox"/> Visa | | |

de su tarjeta/cuenta _____ Fecha de vencimiento _____

Firma Autorizada _____ Fecha _____

Si usted no está de acuerdo con la decisión, por favor de enviar una carta pidiendo una reconsideración. Incluya los documentos necesarios para apoyar su reconsideración. Tiene 20 días para someter esta petición. También puede pedir al Departamento De Salud (DOH) que revise su caso al 1-800-804-5447 or 518-402-6993.

Agradecemos su repuesta lo más pronto posible.

Sinceramente,
