

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Podría ser elegible para recibir asistencia económica para pagar las facturas del hospital si no tiene seguro, si se agotó su seguro o si tiene seguro médico, pero tiene una constancia de haber pagado gastos médicos por un total que supera el 10 % de sus ingresos. Si completa este formulario, comenzará con la solicitud de asistencia económica hospitalaria. Este formulario lo usan todos los hospitales del estado de Nueva York. HSS también podría usar este formulario en New Jersey, Connecticut, y Florida.

Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales¹ que hablen los pacientes a los que atiende el hospital.

Nombre del paciente (complete con la información que corresponda)

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

Información sobre la familia:

Indique a continuación los integrantes de su grupo familiar. Su grupo familiar incluye a usted, a su cónyuge o pareja doméstica, y a los hijos u otros dependientes que tenga. Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en una misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos significan sus ingresos **antes** de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en dinero ganado por trabajo (sueldos, salarios, propinas, dinero ganado como trabajador autónomo), ingresos no percibidos (beneficios del Seguro Social, por discapacidad y por desempleo), aportes (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario).

¹ Los "idiomas principales" incluyen cualquier idioma que se use para comunicarse en, al menos, un 5 % de las visitas de pacientes al año, o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área de servicios principal del hospital, según el cálculo de la información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada por datos de los sistemas escolares.

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Es el paciente	

El hospital le puede solicitar que presente documentación como constancia de sus ingresos; entre los ejemplos de documentación se pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Condición con respecto al seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que haya adquirido por su cuenta?

Sí No

Si respondió que "No", ¿le gustaría obtener ayuda para presentar una solicitud para alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes infraasegurados: personas que tienen seguro, pero tienen gastos médicos altos.

Si usted tiene seguro, indique un valor aproximado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitarle que presente la documentación como constancia de pago de gastos médicos.

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, madre, representante legal).

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

Paciente/Agente/Familiar/Tutor* (Firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Fecha (Date)	Hora (Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)
--	-----------------	----------------	---

Relación, si no es el paciente
(Relationship if other than patient)

ELEGIBILIDAD MÍNIMA Y LINEAMIENTOS (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede presentar una solicitud para recibir asistencia económica en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión con respecto a su solicitud de asistencia económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas al departamento de cobros mientras esté pendiente su solicitud.
- Si le niegan la asistencia económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Puede tener derecho a apelar el monto de su asistencia económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en la carta que le envíen con la decisión.
- Los hospitales no pueden enviar las facturas impagadas a una agencia de cobro durante, al menos, 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar medidas legales, lo que incluye presentar demandas, para recuperar las facturas médicas impagadas de pacientes que estén por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los lineamientos de pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/povertyguidelines>
- La información que brinde en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar la elegibilidad para asistencia económica y se mantendrá confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicos necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Asistencia Económica de Hospital for Special Surgery llamando al 212—606-1505
- Si necesita más ayuda con esta solicitud o para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital de establecer la elegibilidad de un paciente para recibir descuentos en los pagos en niveles de ingresos más altos que los que se especifican abajo o de proporcionar mayores descuentos en los pagos para pacientes elegibles que los que exige la Ley de Salud Pública. Además, la condición de inmigrante no podrá ser un criterio de elegibilidad a los efectos de determinar la asistencia económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- personas de ingresos bajos sin seguro médico;
- personas infraaseguradas (con costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman más del 10 % de los ingresos brutos anuales de dicha persona);
- personas a las que se les han agotado los beneficios del seguro médico y que pueden demostrar una incapacidad de pago de la totalidad de los cargos; o
- según el criterio del hospital, las personas que pueden demostrar una incapacidad de pago de su copago o deducible pueden solicitar pagar un monto reducido o con descuento.

Las personas que estén en hasta un 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para asistencia económica.

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

ELEGIBILIDAD MÍNIMA Y LINEAMIENTOS (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Niveles federales de pobreza (2025)			
Tamaño del grupo familiar	200 %	300 %	400 %
1 persona	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 personas	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 personas	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 personas	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 personas	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 personas	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 personas	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

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

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para recibir asistencia económica, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos siguiendo una escala móvil, de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL)	Se exime de todos los cargos
Entre el 200 % y el 300 % del FPL	<p>Pacientes que no tienen seguro: escala móvil hasta el 10 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes infraasegurados: hasta un máximo del 10 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.</p>
Entre el 301 % y el 400 % del FPL	<p>Pacientes que no tienen seguro: escala móvil hasta el 20 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes infraasegurados: hasta un máximo del 20 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.</p>

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

Planes de cuotas

Los planes de cuotas están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida en un pago. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de los ingresos brutos mensuales y la tasa de interés que se cobre al paciente por el saldo, si corresponde, no deberá superar el 2 %.

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

SOLICITUD DE CONSTANCIA DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Incluya la información de ingresos del paciente, de su cónyuge y de los dependientes que tenga (por ejemplo, hijos). Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en la misma declaración de impuestos (el contribuyente, su cónyuge y los dependientes a efectos impositivos) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No tiene que presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de falta de ingresos, si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información sobre ingresos que figure a continuación.

Si el grupo familiar recibe:	Monto por mes:	El solicitante puede proporcionar:
Salarios	\$	Proporcione un cheque de pago o una carta del empleador con el membrete de la compañía, firmada y fechada, o la declaración de impuestos que haya presentado más recientemente.
Pago del seguro social	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o la carta de beneficios anuales. 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	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o la declaración de beneficios mensuales del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una copia de la Tarjeta de Pago Directo con su impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una hoja con la información de cuenta del receptor impresa del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Una copia de la carta/certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o una copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-7721213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Una copia de la carta de adjudicación o talón de cheque de pago.



Episcopal Health Services

Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$	Una copia de la orden judicial o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/Intereses	\$	Resúmenes de cuenta de dividendos trimestrales o resúmenes de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Una carta que indique el monto de las ganancias que no salariales (si corresponde), como ingresos por rentas, dinero en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de falta de ingresos.

REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME