



## **Solicitud de ayuda económica de NYS Uniform Hospital**

Usted puede ser elegible para recibir ayuda económica para pagar sus facturas del hospital si no tiene seguro, si su seguro está vencido o si tiene seguro médico, pero tiene prueba de gastos médicos pagados que suman más del 10 % de sus ingresos. Completar este formulario comenzará su solicitud de ayuda económica. Este formulario se usa en todos los hospitales del estado de Nueva York (New York State, NYS).

*Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales<sup>1</sup> que hablan los pacientes atendidos en el hospital.*

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

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º 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 adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

### **Información de la familia:**

Abajo haga una lista de todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, debe incluir a todas las personas que se incluyen en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa sus ingresos antes de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (Seguro Social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (financiamiento de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia social temporal y Seguridad de Ingreso Suplementario).

---

<sup>1</sup> "Idiomas principales" incluye cualquier idioma que se use para comunicarse en por lo menos 5 % de las visitas de pacientes por año o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área principal de servicio del hospital, según se calcula con la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de Estados Unidos (United States Bureau of the Census), complementada con datos de los sistemas escolares.



Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actual)
	Yo	

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un comprobante de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

**Estado del seguro médico**

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

Si respondió “No”, ¿quisiera recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

Sí  No

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos altos.** Si tiene seguro, dé un cálculo de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de gastos médicos pagados.

**Paciente/persona 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 (por ejemplo, cónyuge, padre/madre, representante legal).**

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación por fuentes externas. Declaro que la información es verdadera y completa hasta donde yo sé.

Nombre en letra de molde	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	



## Elegibilidad mínima y directrices

### Línea de tiempo de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede pedir ayuda económica en cualquier momento durante el proceso de cobro
- No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de ayuda económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobros mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Tiene derecho a apelar por la cantidad de ayuda económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- 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, incluyendo presentar demandas legales, para recuperar facturas médicas no pagadas de pacientes que estén por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Puede encontrar las directrices de pobreza aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- El hospital solo usará la información que está en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir ayuda económica y será confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Ayuda Económica de Ellenville Regional Hospital al (845) 210-4930.
- 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 para establecer la elegibilidad de los pacientes para descuentos de pago en niveles de ingresos más altos que los especificados abajo o para dar más descuentos a pacientes elegibles que los establecidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la ayuda económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos 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 (10 %) del ingreso bruto anual de esa persona); o
- Los que han agotado sus beneficios de seguro médico y que pueden demostrar que no pueden pagar todos los cargos; o



- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar los copagos o deducibles, pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que alcanzan hasta el 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir ayuda económica.

<b>Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Levels, FPL) (2024)</b>			
<b>Tamaño del grupo familiar</b>	<b>200 %</b>	<b>300 %</b>	<b>400 %</b>
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>

### **Tarifas mínimas de descuento**

Si califica para recibir ayuda económica, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala variable de tarifas de la siguiente manera:

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Menos del 200 % de FPL</b>	Se eximen todos los cargos
<b>200 % - 300 % FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10 % de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % de la cantidad que se habría pagado según el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>
<b>301 % - 400 % FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20 % de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % de la cantidad que se habría pagado según el costo compartido del seguro de dicho paciente.</p>

Los hospitales pueden optar por ofrecer más descuentos a pacientes elegibles u ofrecer descuentos de pago para pacientes con niveles de ingresos más altos.

### **Plan de pago en cuotas**

Los planes de pago en cuotas están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de los ingresos mensuales brutos y la tasa de interés que se cobra al paciente sobre el saldo no pagado, si corresponde, no debe exceder 2 %.



## Solicitud de prueba de ingresos del grupo familiar

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluye a todos en la misma declaración de impuestos (declarante de impuestos, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

La siguiente es una lista de los documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de que no hay ingresos en el grupo familiar, si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del mercado de seguros NY State of Health. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información de ingresos que se describe abajo.

<b><u>Si el grupo familiar recibe:</u></b>	<b><u>Cantidades por mes:</u></b>	<b><u>El solicitante puede presentar:</u></b>
Salarios	\$	Presente un comprobante de cheque de pago o una carta del empleador con membrete de la compañía, firmada y fechada o la última declaración de impuestos sobre ingresos.
Pago del Seguro Social	\$	Copia del certificado/carta de aprobación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU. (U.S. Social Security Administration) o carta de beneficios anuales. Para pedir una copia de su beneficio del Seguro Social envíe una carta, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>
Compensación por desempleo	\$	Copia del certificado/carta de aprobación o declaración de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor), copia de la Tarjeta de Pago Directo con copia impresa o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, impresión de la información de la cuenta del destinatario 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 del certificado/carta de aprobación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o copia de la carta de beneficios anuales. Para pedir una copia de la carta de beneficios, envíe una carta, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>



<b><u>Si el grupo familiar recibe:</u></b>	<b><u>Cantidades por mes:</u></b>	<b><u>El solicitante puede presentar:</u></b>
Compensación de los trabajadores	\$	Copia de la carta de aprobación o comprobante de pago.
Pensión alimenticia/ manutención de menores	\$	Copia de orden judicial o 3 meses de cheques/ recibos cobrados.
Dividendos/Interés	\$	Declaraciones de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique la cantidad de los ingresos no salariales (si corresponde), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración certificada de que no hay ingresos.