



Solicitud uniforme de asistencia financiera para hospitales 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 tiene seguro médico pero tiene prueba de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Cuando complete este formulario, se 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 que hablan los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del paciente (información completa que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección	Apartamento/Unidad#	
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

Información familiar:

Enumere todos los miembros de su familia en su hogar a continuación. Su hogar incluye a usted mismo, a su cónyuge o pareja de hecho y a cualquier hijo u otro dependiente. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto significa su ingreso **antes** de deducir los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias laborales (salarios, sueldos, propinas, ganancias por cuenta propia), ingresos no ganados (seguridad social, discapacidad y beneficios de desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingreso de seguridad suplementario).

¹ "Idiomas primarios" incluye cualquier idioma que se utiliza para comunicarse en al menos el 5% de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma hablado por más del 1% de la población del área de servicio primario del hospital, según se calcula utilizando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

Nombre completo	Parentesco	Ingresos brutos totales (corrientes)
	Yo	

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

Estado del seguro de salud

¿Tiene algún tipo de seguro de salud, incluido Medicaid, Medicare o seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "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 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 (por ejemplo, cónyuge, padre, representante legal).

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

Nombre en letra imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y pautas

Cronograma de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Es posible que los hospitales no envíen cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que recibirá del hospital. Puede tener derecho a apelar el monto de su ayuda financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranzas 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 impagas de pacientes que se encuentran por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Encontrará las pautas de pobreza aquí:
<https://aspe.hhs.gov/topics/pove-rt-y-economic- mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud solo será utilizada por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y permanecerá confidencial en la medida permitida por la ley.
- Los hospitales no pueden negarle servicios médicamente necesarios porque tiene una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina de asistencia financiera del Centro Médico del Condado de Erie al 716-898-5566.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.
- La asistencia aprobada cubre todos los servicios hospitalarios aplicables. Es posible que se le facture por separado los servicios u honorarios médicos que no estén cubiertos por este programa.
- Para obtener una lista de los servicios cubiertos y los médicos afiliados, visite:
<https://www.ecmc.edu/patients-visitors/billing-and-insurance/ecmc-affiliated-providers/>

Elegibilidad

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

Son elegibles las siguientes personas:

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

Las personas que se encuentran hasta el 400% del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir

asistencia financiera.

Niveles federales de pobreza (2024)			
Tamaño del hogar	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 ayuda financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala móvil de tarifas de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200% del nivel federal de pobreza	Renunciar a todos los cargos
Del 200% al 300% del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 10% del monto que Medicaid hubiera pagado por el(los) servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10% del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
Del 301% al 400% del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 20% del monto que Medicaid hubiera pagado por el(los) servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20% del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos a los pacientes elegibles y/o ofrecer descuentos en los pagos a los pacientes con niveles de ingresos más altos.

Planes de pago a plazos

Se ofrecen planes de pago para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5% de su ingreso bruto mensual y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo impago, si lo hubiera, no deberá exceder el 2%.

Solicitud de comprobante de ingresos del hogar

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

La siguiente es una lista de documentos que puede utilizar para comprobar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de falta de ingresos familiares si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del Estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información de ingresos que se detalla a continuación.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Proporcione un talón de pago, una carta del empleador con membrete de la empresa, firmada y fechada, o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU., o 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	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o impresión de la información de la cuenta del destinatario del 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 de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación laboral	\$	Copia de carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$	Copia de orden judicial, o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.

Otro	\$	Carta que indique el monto de las ganancias no salariales (si las hubiera), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de no tener ingresos.