



Inviare la domanda a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, all'attenzione del consulente finanziario

Domanda uniforme di assistenza finanziaria ospedaliera NYS

Potresti avere diritto all'assistenza finanziaria ospedaliera per pagare le tue bollette se non sei assicurato, se la tua assicurazione è esaurita o se hai un'assicurazione sanitaria ma hai la prova di spese mediche pagate per un totale superiore al 10% del tuo reddito. La compilazione di questo modulo avvierà la tua richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera. Questo modulo è utilizzato da tutti gli ospedali nello Stato di New York.

La presente domanda deve essere stampata nelle principali lingue parlate dai pazienti assistiti dall'ospedale.

Nome del paziente (informazioni complete applicabili)

Nome del paziente (nome, secondo nome, cognome)		
Data di nascita (mm/gg/aaaa)		
Indirizzo	Appartamento/Unità #	
città	Stato	Cap
Numero di telefono di contatto		
Nome del genitore/tutore o rappresentante legale (se il paziente è un minore o un adulto incapace)		
Indirizzo e-mail (se presente)		

Informazioni sulla famiglia:

Elenca di seguito tutti i membri della tua famiglia. La tua famiglia include te stesso, il tuo coniuge o partner domestico e tutti i figli o altre persone a carico. Ad esempio, questo includerebbe tutti quelli elencati nella stessa dichiarazione dei redditi.

Reddito lordo significa il tuo reddito prima che le tasse siano dedotte.

Il reddito lordo può essere composto da guadagni da lavoro (stipendi, salari, mance, guadagni da lavoro autonomo), reddito non guadagnato (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi da familiari o amici) e altre fonti di reddito (assistenza temporanea e reddito di sicurezza integrativo).

Nome e cognome	Relazione	Reddito lordo totale (attuale)
	Se stesso	

L'ospedale potrebbe richiedere di presentare documentazione come prova del reddito; esempi di documentazione potrebbero includere una busta paga, una lettera del datore di lavoro, se applicabile, o il modulo 1040.

1 "Lingue primarie" include qualsiasi lingua utilizzata per comunicare in almeno il 5% delle visite dei pazienti all'anno, o qualsiasi lingua parlata da più dell'1% della popolazione dell'area di servizio ospedaliero primario, come calcolato utilizzando le informazioni demografiche disponibili dall'Ufficio del censimento degli Stati Uniti, integrate dai dati dei sistemi scolas



Inviare la domanda a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, all'attenzione del consulente finanziario

Stato dell'assicurazione sanitaria

Hai una qualche forma di assicurazione sanitaria, tra cui Medicaid, Medicare o un'assicurazione privata tramite il tuo datore di lavoro o acquistata da te? Sì No

Se hai risposto "No", vorresti assistenza per presentare domanda per uno di questi programmi?

Sì No

Pazienti sottoassicurati: persone con assicurazione e spese mediche elevate. Se hai un'assicurazione, fornisci una stima delle fatture mediche che hai pagato negli ultimi 12 mesi.

\$

L'ospedale potrebbe richiedere l'invio di documentazione comprovante il pagamento delle spese mediche.

Paziente/responsabile: se non si tratta del paziente, indicare il nome della persona che firma il modulo e la sua autorità a firmare per conto del paziente (ad esempio, coniuge, genitore, rappresentante legale).

Sono consapevole che le informazioni che invio potrebbero essere soggette a verifica da parte di fonti esterne. Certifico che le informazioni sono vere e complete, per quanto ne so..

Nome in stampatello	Data
Relazione con il paziente	
Firma	

Requisiti minimi e linee guida

Tempistiche di presentazione delle domande, diritti dei pazienti e riservatezza

- Puoi richiedere assistenza finanziaria in qualsiasi momento durante il processo di riscossione.
- Non devi effettuare alcun pagamento a questo ospedale finché non ricevi una decisione sulla tua richiesta di assistenza finanziaria. Gli ospedali non possono inoltrare conti alla riscossione mentre la tua richiesta è in sospeso.
- Se ti viene negata l'assistenza finanziaria, hai il diritto di presentare ricorso. Le informazioni su come farlo saranno incluse nella notifica dell'ospedale che ricevi. Potresti avere il diritto di presentare ricorso sull'importo della tua assistenza finanziaria. L'ospedale includerà informazioni su come presentare ricorso nella sua lettera di decisione.
- Gli ospedali non possono inviare fatture non pagate a un'agenzia di riscossione per almeno 180 giorni dopo la tua prima fattura.
- Agli ospedali è vietato intraprendere azioni legali, inclusa la presentazione di cause legali, per recuperare fatture mediche non pagate per pazienti al di sotto del 400% del livello di povertà federale. Le linee guida sulla povertà sono disponibili qui: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Tutte le informazioni fornite in questa domanda saranno utilizzate dall'ospedale solo per determinare la tua idoneità all'assistenza finanziaria e rimarranno riservate nella misura consentita dalla legge.
- Un ospedale non può negarti servizi necessari dal punto di vista medico perché hai una fattura medica in sospeso.
- Se hai bisogno di assistenza con questa domanda, contatta l'ufficio di assistenza finanziaria di Oneida Health al numero 315-361-2230.
- Se hai bisogno di ulteriore assistenza con questa domanda o di aiuto per presentare ricorso contro una decisione, puoi contattare Community Health Advocates: 888-614-5400.



Inviare la domanda a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, all'attenzione del consulente finanziario

Idoneità

Nulla limita la capacità di un ospedale di stabilire l'idoneità del paziente a sconti sui pagamenti a livelli di reddito superiori a quelli specificati di seguito e/o di fornire sconti sui pagamenti maggiori per i pazienti idonei rispetto a quelli richiesti dalla legge sulla sanità pubblica. Inoltre, lo stato di immigrazione non sarà un criterio di idoneità ai fini della determinazione dell'assistenza finanziaria.

Sono ammissibili i seguenti individui:

- Individui a basso reddito senza assicurazione sanitaria; oppure
- Individui sottoassicurati (costi medici personali accumulati negli ultimi dodici mesi che ammontano a più del dieci per cento del reddito annuo lordo di tale individuo); oppure
- Coloro che hanno esaurito i loro benefici dell'assicurazione sanitaria e che possono dimostrare l'incapacità di pagare le spese complete; oppure
- A discrezione dell'ospedale, gli individui che possono dimostrare l'incapacità di pagare il loro copagamento e/o la franchigia possono richiedere un pagamento ridotto o scontato.

Gli individui fino al 400% del livello di povertà federale hanno diritto all'assistenza finanziaria.

Livelli di povertà federale (2024)			
Dimensioni della famiglia	200%	300%	400%
1 Persona	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 Persone	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 Persone	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 Persone	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 Persone	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 Persone	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 Persone	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Aggiornato annualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tassi di sconto minimi

Se hai diritto all'assistenza finanziaria, le tue spese saranno ridotte in base al tuo reddito su una scala tariffaria mobile come segue:

Livello di reddito	Pagamento
Below 200% FPL	Rinunciare a tutte le spese
200% - 300% FPL	Pazienti non assicurati: scala mobile fino al 10% dell'importo che sarebbe stato pagato per il/i servizio/i da Medicaid. Pazienti sottoassicurati: fino a un massimo del 10% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla condivisione dei costi assicurativi di tale paziente.
301% - 400% FPL	Pazienti non assicurati: scala mobile fino al 20% dell'importo che sarebbe stato pagato per il/i servizio/i da Medicaid. Pazienti sottoassicurati: fino a un massimo del 20% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla condivisione dei costi assicurativi di tale paziente.

Gli ospedali possono scegliere di offrire sconti maggiori per i pazienti idonei e/o offrire sconti sui pagamenti per i pazienti con livelli di reddito più elevati.

Piani di rateizzazione

I piani di rateizzazione sono disponibili per i pazienti che non sono in grado di pagare la tariffa ridotta in un'unica soluzione. I pagamenti mensili non possono superare il 5% del reddito mensile lordo e il tasso di interesse addebitato al paziente sul saldo non pagato, se presente, non deve superare il 2%.



Inviare la domanda a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, all'attenzione del consulente finanziario

Richiesta di prova del reddito familiare

Si prega di includere le informazioni sul reddito del paziente, del coniuge e di eventuali persone a carico (ad esempio i figli). Ad esempio, questo includerebbe tutti coloro che sono nella stessa dichiarazione dei redditi (contribuente, coniuge e persone a carico) nel calcolo del reddito familiare.

Di seguito è riportato un elenco di documenti che è possibile utilizzare per dimostrare il proprio reddito. Non è necessario fornire tutti questi documenti. È anche possibile fornire una dichiarazione di assenza di reddito familiare se non si ha alcun reddito.

È inoltre possibile fornire la pagina di determinazione dell'idoneità dal NY State of Health Marketplace. Se si dispone di questo documento, non è necessario fornire all'ospedale altre informazioni sul reddito elencate di seguito.

<u>Se la famiglia riceve:</u>	<u>Importo al mese:</u>	<u>Il richiedente può fornire:</u>
Salari	\$	Si prega di fornire una busta paga o una lettera del datore di lavoro su carta intestata aziendale, firmata e datata, oppure la dichiarazione dei redditi presentata più di recente.
Pagamento della previdenza sociale	\$	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o corrispondenza dalla U.S. Social Security Administration, o lettera annuale di indennità. Per richiedere una copia della lettera di indennità della Social Security, chiamare il numero 1-800-772-1213 o visitare il sito www.ssa.gov .
Indennità di disoccupazione	\$	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o estratto conto mensile dei benefici del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, o copia della carta di pagamento diretto con stampa, o corrispondenza del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, o stampa delle informazioni del conto del beneficiario dal sito web del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (www.labor.state.ny.us).
Pagamento per invalidità	\$	Copia della lettera/certificato di assegnazione, o corrispondenza dalla Social Security Administration, o copia della lettera annuale di indennità. Per richiedere una copia della lettera di indennità, chiamare il numero 1-800-772-1213 o visitare il sito www.ssa.gov .
Indennità per infortuni sul lavoro	\$	Copia della lettera di assegnazione o matrice dell'assegno.
Alimenti/mantenimento dei figli	\$	Copia dell'ordine del tribunale o assegni/ricevute incassati negli ultimi 3 mesi.
Dividendi/Interessi	\$	Rendiconti trimestrali sui dividendi o rendiconti mensili.
Altra	\$	Lettera indicante l'importo dei guadagni non salariali (se presenti), come redditi da affitto, denaro per lavori saltuari, ecc.
Nessun reddito	\$0	Dichiarazione firmata di assenza di reddito.