

Devuelva la solicitud a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Atención: Asesor financiero

Solicitud de asistencia financiera hospitalaria uniforme del estado de Nueva York

Puede ser elegible para recibir asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se agotó o si tiene seguro médico pero tiene pruebas de gastos médicos pagados que suman más del 10 % de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario lo utilizan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe estar impresa en los idiomas principales¹ que hablan los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del paciente (información completa que corresponda)

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

Información familiar:

Enumere a continuación todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Su hogar incluye a usted, a su cónyuge o pareja de hecho y a sus hijos u otras personas a su cargo. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuren en la misma declaración de impuestos.

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

El ingreso bruto puede consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ingresos por cuenta propia), ingresos no ganados (seguro social, beneficios por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de seguridad).

Nombre completo	Relación	Ingresos Brutos Totales (Actuales)
	Ser	

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

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.

Devuelva la solicitud a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Atención: Asesor financiero

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos 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 presento puede estar sujeta a verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Nombre impreso	Fecha
Relación con la paciente	
Firma	

Minimum Eligibility and Guidelines

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. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en la notificación del hospital que reciba. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranza 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 por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Las pautas de pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toda la información proporcionada en esta solicitud solo será utilizada por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios porque tiene una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina de asistencia financiera de Oneida Health al 315-361-2230.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Devuelva la solicitud a 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Atención: Asesor financiero

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para descuentos de pago con 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 estado migratorio no será un criterio de elegibilidad para el propósito de determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

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

Las personas que viven 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

.Actualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tarifas mínimas de descuento

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

Nivel de ingresos	Pago
Below 200% FPL	Renunciar a todos los cargos
200% - 300% FPL	Pacientes sin seguro: escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del monto que se hubiera pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
301% - 400% FPL	Pacientes sin seguro: escala variable hasta el 20 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del monto que hubiera pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

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

Planes de pago

Los planes de pago están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de su ingreso mensual bruto y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo pendiente, si lo hubiera, no debe superar

Solicitud de comprobante de ingresos familiares

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

La siguiente es una lista de documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No tiene que proporcionar todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de que no tiene ingresos del hogar 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 ninguna otra información sobre los ingresos que se enumeran a continuación al hospital.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>La solicitante puede proporcionar:</u>
salarios	\$	Proporcione un talón de pago o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmada y fechada, o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente.
Pago de la seguridad social	\$	Copia de la carta o certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los 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 copia impresa, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o copia impresa de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta o 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 de trabajadores	\$	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.
Otra	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de no tener ingresos.