

Solicitud uniforme de ayuda económica de hospitales del estado de Nueva York

Usted puede calificar para recibir ayuda económica para gastos hospitalarios o atención caritativa para pagar sus gastos médicos si no está asegurado, si ya se agotó su cobertura de seguro o si tiene seguro médico, pero tiene cómo demostrar que ha pagado gastos médicos que suman más del 10% de sus ingresos. Al rellenar este formulario inicia su solicitud de ayuda económica para gastos hospitalarios. Todos los hospitales del estado de Nueva York utilizan este formulario.

Llene toda la información correspondiente

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento		
Dirección	Apartamento o unidad:	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial:	Celular:	
Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante legal (si el paciente es menor de edad o adulto con discapacidad)		
Dirección de correo electrónico:		

Información familiar:

En el siguiente cuadro mencione a todos los familiares que viven en su hogar, incluidos usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos u otros dependientes, por ejemplo, debe incluir a toda persona que figure en la misma declaración de impuestos.

Se entiende por ingresos brutos sus ingresos antes de la deducción de impuestos.

Los ingresos brutos pueden incluir los ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ingresos de trabajos por cuenta propia), ingresos no devengados (seguro social, discapacidad y prestaciones por desempleo), aportes (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (ayuda temporal y seguridad de ingreso suplementario).

Nombre completo	Parentesco	Ingresos brutos totales

El hospital podrá solicitarle que presente documentos que demuestren sus ingresos, p. ej., talones de pago, carta de trabajo, si corresponde, o el formulario 1040.

Situación de seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, p. ej., Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o por cuenta propia? Sí No

Si respondió "No", ¿necesita ayuda para solicitar la cobertura de alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes cuyo seguro es insuficiente: personas que tienen seguro y gastos médicos elevados. Si tiene cobertura de seguro, indique un estimado de los gastos médicos pagados en los últimos 12 meses.

\$

El hospital podrá solicitarle que presente documentos que demuestren sus gastos médicos pagados.

Paciente o persona encargada: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y en qué calidad firma por el paciente (p. ej., cónyuge, padre o madre, representante legal).

Entiendo que una fuente externa podrá verificar la información que indique. Declaro que esta información es verdadera y está completa a mi entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Paciente o parentesco con el paciente:	
Firma:	

Requisitos mínimos y reglas generales Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar ayuda económica en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que pagarle nada al hospital hasta que conozca la decisión sobre su solicitud de ayuda económica. Los hospitales no podrán enviar cuentas a cobro mientras esté pendiente su solicitud.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. Se incluirá información de cómo puede hacerlo en la notificación que le envíe el hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su ayuda económica. El hospital incluirá información de cómo puede apelar en la carta por la que se le notifica la decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas pendientes de pago a una agencia de cobro durante al menos los 180 días posteriores a su primera factura.
- Está prohibido que los hospitales tomen medidas legales, lo que incluye interponer demandas, para recuperar las facturas médicas adeudadas de pacientes por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Aquí encontrará las directivas de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Solo el hospital usará la información que indique en este formulario para determinar si usted califica para recibir ayuda económica y se mantendrá en confidencialidad en la medida de lo permitido por la ley.
- El hospital no puede negarle los servicios médicamente necesarios porque usted tiene una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita ayuda con este formulario, llame a **BronxCare Health Systems, Oficina de Ayuda Económica o Atención Caritativa al (718) 466-7263 o al (718) 901-6986**
- Si necesita asistencia adicional con este formulario o necesita ayuda para apelar una decisión, puede llamar a Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital de determinar si un paciente califica para recibir descuentos de pago con niveles de ingresos superiores a los que se indican a continuación y/o dar a los pacientes que califican descuentos superiores a los que establece la ley de salud pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la ayuda económica.

Nivel de ingresos _____

Si califica para recibir ayuda económica, se le descontarán cargos en función de sus ingresos según una escala móvil de tarifas como se indica a continuación:

Por debajo del 200% del nivel federal de pobreza _____

Se exoneran todos los cargos

Entre el 200% y el 300% del nivel federal de pobreza _____

Pacientes sin seguro: escala móvil hasta el 10% del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.
Pacientes cuyo seguro es insuficiente: hasta un máximo del 10% del monto que se habría pagado según la participación de costos del seguro del paciente.

Entre el 301% y el 400% del nivel federal de pobreza _____

Pacientes sin seguro: escala móvil hasta el 20% del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.
Pacientes cuyo seguro es insuficiente: hasta un máximo del 20% del monto que se habría pagado según la participación de costos del seguro del paciente.

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

Los hospitales pueden elegir dar mayores descuentos a los pacientes elegibles y/u ofrecer descuentos de pago a los pacientes cuyos niveles de ingresos son superiores.

Planes de pago

Hay planes de pago disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida en un solo pago. Los pagos mensuales no pueden superar el 5% de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés que se le cobra al paciente sobre el saldo pendiente de pago, si lo hubiere, no superará el 2%.

1	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2	\$43,280	\$64,920	\$86,550
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880

Solicitud de evidencia de ingresos familiares

Encontrará a continuación una lista de documentos que puede usar como evidencia de ingresos. No tiene que presentarlos todos. También puede presentar una declaración que indique que no percibe ingresos familiares, de ser el caso.

También puede presentar la ficha de determinación de elegibilidad del NY State of Health Marketplace (Mercado de salud del estado de Nueva York). Si tiene ese documento, no tiene que entregarle al hospital la información sobre sus ingresos que se indica a continuación.

Si la unidad familiar percibe:	Monto mensual:	El solicitante puede presentar:
Sueldos	\$ _____	Presente un talón de pago o una carta de trabajo firmada y fechada y con el membrete de la empresa o la última declaración del impuesto sobre la renta. Copia de la carta o certificado de asignación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU. o la carta de prestaciones anuales. Para solicitar copia de la carta de prestaciones del seguro social llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Pago del Seguro Social	\$ _____	
Subsidio de desempleo	\$ _____	Copia de la carta o certificado de asignación o estado mensual de prestaciones del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York o copia de la tarjeta de pago directo con el documento impreso o correspondencia del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York o copia impresa de la información de la cuenta del destinatario tomada del sitio web del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$ _____	
Indemnización laboral	\$ _____	Copia de la carta o certificado de asignación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o copia de la carta de prestaciones anuales. Para solicitar copia de la carta de prestaciones llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov . Copia de la carta de asignación o talón de cheque.
Pensión alimenticia o manutención infantil	\$ _____	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques o recibos cobrados.
Dividendos o intereses	\$ _____	Estado trimestral de dividendos o estados de 1 mes
Otros	\$ _____	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si fuere el caso), p. ej., ingresos por alquiler, efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Ningún ingreso	\$ <u> 0 </u>	Declaración firmada que indique que no percibe ingresos