

## Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera para Gastos Hospitalarios del Estado de Nueva York

Puede ser elegible para recibir asistencia financiera para gastos hospitalarios para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro no está vigente o si tiene seguro médico, pero tiene constancia de pago de gastos médicos que superan más del 10 % de sus ingresos. Complete este formulario para iniciar la solicitud de asistencia financiera para gastos hospitalarios. Todos los hospitales del Estado de Nueva York usan este formulario.

*Esta solicitud debe imprimirse en los idiomas principales<sup>1</sup> que hablan los pacientes que atiende el hospital.*

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

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

### Información familiar:

Mencione abajo todos los familiares que viven en su hogar. Su hogar incluye a usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, debería incluir a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos son los ingresos **antes** de que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden ser ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias de trabajo independiente), ingresos no laborales (seguro social, incapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguro de ingreso suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Yo	

<sup>1</sup> En "idiomas principales" se incluye cualquier idioma que se use para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de los pacientes por año o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área del hospital según se calcula teniendo en cuenta los sistemas escolares.


El hospital puede pedirle que presente documentación como constancia de ingresos, algunos ejemplos son recibo de pago, carta de su empleador, si corresponde, o el formulario 1040.

**Situación de seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico, como Medicaid, Medicare o seguro privado a través de su empleador o 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, indique una estimación del monto de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$
----

El hospital puede pedirle que presente documentación como constancia de los gastos médicos que pagó.

**Paciente/persona responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su facultad para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, madre, 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 está completa según mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

# Pautas y elegibilidad mínima

## Plazos de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No debe pagarle al hospital hasta que conozca la decisión con respecto a la solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden cobrar ninguna cuenta mientras la solicitud esté pendiente.
- Si se le niega asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso del hospital que usted reciba. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de la asistencia financiera. El hospital brindará información sobre cómo apelar en la carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranza durante al menos 180 días después de la primera factura.
- Además, tienen prohibido iniciar acciones legales, como demandas, para cobrar el monto de facturas médicas impagas de pacientes que están por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL). Puede consultar las pautas sobre el nivel de pobreza aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital solo usará la información que se proporciona en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y mantendrá la confidencialidad en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios que sean necesarios desde el punto de vista médico porque usted debe una factura médica.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina de asistencia financiera de Stony Brook Medicine al 631-444-4151.
- Si necesita más ayuda con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, comuníquese con Community Health Advocates: 888-614-5400.

## Elegibilidad

Nada impide que un hospital determine qué pacientes son elegibles para obtener descuentos cuando tienen niveles de ingresos superiores a los que se indican abajo o para ofrecer mayores descuentos a pacientes elegibles que los que establece la Ley de Salud Pública. Además, la condición migratoria no debe ser un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico; o
- personas con seguro insuficiente (los costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses superan más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de la persona); o
- personas que han agotado los beneficios de su seguro médico y que pueden demostrar que no pueden pagar la totalidad de los cargos; o
- a discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar copagos o deducibles pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que están al 400 % por debajo del nivel federal de pobreza cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera.

<b>Nivel federal de pobreza (2024)</b>			
<b>Integrantes del hogar</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

Actualización anual: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Tasas mínimas de descuento

Si cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán según los ingresos que figuran en la escala móvil que se muestra a continuación:

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Por debajo del 200 % de la FPL</b>	Exención de todos los cargos
<b>200 % a 300 % de la FPL</b>	Pacientes sin seguro: escala móvil hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado según el costo compartido del seguro del paciente.
<b>301 % a 400 % de la FPL</b>	Pacientes sin seguro: escala móvil hasta el 20 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado según el costo compartido del seguro del paciente.

Los hospitales pueden ofrecer mayores descuentos para pacientes elegibles u ofrecer descuentos para pacientes que tienen niveles de ingresos más altos.

### Planes de pago en cuotas

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