



Estimado Paciente y/ o Persona Responsable:

De acuerdo con el Artículo II (a) de los Estatutos de South Nassau Communities Hospital, el hospital proporciona atención sin importar de donde viene el pago. Con este fin, el hospital proporciona atención a pacientes sin seguro y con seguro insuficiente que cumplen ciertos requisitos de acuerdo con sus reglas de atención de caridad gratuita o a un precio menor que los valores establecidos. Esta carta explica los requisitos que debe cumplir el paciente para ser elegido y el proceso de aplicación a este programa.

Nota: Este Programa del Cuidado de caridad no cubre los médicos con cuentas que son independiente al hospital.

Para que un paciente sea elegido para una atención gratuita o de caridad parcial se debe comparar el ingreso familiar y los activos disponibles con las pautas de pobreza según el ingreso establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de acuerdo con la tabla a continuación:

Si cree que puede calificar para recibir atención gratuita o a precios reducidos y desea que se le considere, complete la solicitud adjunta de atención de caridad y devuélvala al Departamento de Ayuda Económica en la dirección indicada en el formulario de aplicación. También se debe enviar la documentación que compruebe los ingresos de todo el grupo familiar que viva en la misma dirección. Al paciente se le dará noventa (90) días de la fecha de alta o para los pacientes ambulatorios, noventa (90) días desde fin del mes de recibir su servicio, para aplicar asistencia. Una aplicación tiene que ser sometida al hospital entre treinta días (30) de la solicitud. Al recibo de la aplicación de Cuidado de caridad, el hospital parara el proceso de cuentas hasta que se haga una determinación final.

El hospital por escrito determinara entre treinta días (30) de recibir y revisar la aplicación y la información enviada que comprueban el ingreso familiar informado. Si basado en el ingreso y tamaño de la familia, se determina que usted puede calificar para los beneficios de Mediciad, de Family Health Plus del estado de Nueva York o otros programas similares, no se tomara la decisión final hasta que dichas solicitudes se completen y se respondan.

Rev. 1/2007



Documentación necesaria para la decisión de ser elegido para atención de caridad

Se debe llenar y devolver la solicitud firmada al Departamento de Ayuda Financiera nombrando a toda la familia junto con lo siguiente:

1. **Fotografía de identificación valida junto con una prueba de domicilió.**
Por ejemplo: Cuenta actual de servicios públicos o comprobante del impuesto a al vivienda.
2. **Comprobante de ingresos de los últimos 3 meses a 12 meses.**
Por ejemplo: colillas de pago, formulario W2', cheques del Seguro social, cheques desempleo.
3. **Copia de la declaración de impuestos presentada al ano anterior.**
4. **Si no tiene ninguna información de ingresos y esta siendo mantenido por otra persona, se necesita una carta de esa persona y también toda la información indicada arriba.**
5. **Si el salario del solicitante es pagado en efectivo, se necesita una declaración del patrón con el nombre de la empresa y la información del ingreso.**

NOTA: No se toman en cuenta las solicitudes enviadas sin los comprobantes. Entre (30) días se le informara por correo acerca de la decisión del hospital.

Devuelva la solicitud a:

South Nassau Communities Hospital
Financial Assistance Department
One Healthy Way
Oceanside, New York 11572
(516) 632-4015

COMENTARIOS: _____

APLICACIÓN PARA EL SEGURO GRATUITO DE CARIDAD

Fecha de la aplicación: _____ / _____ / _____ Cuenta del Hospital: _____
mes día Año

Nombre del Paciente: _____ Nombre del que aplica para el Seguro: _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal (Zip)

Teléfono: (____) _____ Nombre del empleador (patrón) y Teléfono: _____ (____) _____

INGRESOS: Lista combinada de sus ingresos, y de los de su esposa/o y otras personas que dependen de usted:

	Total en los últimos 3 meses	Total en los últimos 12 meses
Salario (sueldo)	\$ _____	\$ _____
Ganancias como empleado por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____
Seguridad Social.....	\$ _____	\$ _____
Desempleo / Compensación del Trabajador	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia.....	\$ _____	\$ _____
Soporte de los niño/as	\$ _____	\$ _____
Asignación de familiares de Militares	\$ _____	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Dividendos, Intereses, Renta/Alquiler	\$ _____	\$ _____

Usted debe presentar una prueba de los ingresos como condición necesaria para recibir el Seguro de Caridad: (1) Documento del pago de los impuestos, incluyendo los documentos W-2 del año pasado. (2) copias de los cheques de su salario, y/o cheques de la Seguridad Social, y/o cheques de desempleo, y/o de compensación del trabajador de los 3 últimos meses consecutivos. (3) Fotocopias de pruebas otros ingresos.

Tamaño de la familia: Miembros de la familia que viven su hogar.

Nombre:	Edad	Relación (hijo/a, abuelo/a, esposo/a... etc)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si necesita mas espacio, por favor añada otra hoja.

Pido por la presente que South Nassau Communities Hospital determinará por escrito de mi elegibilidad o capacidad para recibir Seguro de Caridad. Entiendo que la información sobre mis ingresos y el tamaño de mi familia que presento es para que sea verificada por el hospital y el Seguro de Caridad. También entiendo que si esta información que presento es falsa, el Seguro de Caridad puede ser denegado y seré responsable del pago por los servicios prestados.

Afirmo que la información, expuesta en este documento es verdadera y correcta según mi conocimiento. Aún mas, doy a el hospital mi permiso para que verifique la información arriba contenida.

Fecha: _____ / _____ / _____ Firma del que aplica para el Seguro: _____
mes día Año

_____ Fecha _____

Ref.: Decisión de atención de caridad Paciente: _____

Nº de cuenta: _____

Fecha(s) de servicio: _____

Hemos revisado su solicitud para atención de caridad basados en la información recibida hemos tomado la siguiente decisión:

Decisión:

- Solicitud pendiente:** _____
- Solicitud aprobada para atención gratuita.**
- Solicitud aprobada para una reducción parcial** _____
Si un plan de pago es solicitado, el pago mensual no puede ser menos del 10% del ingreso mensual.
- Solicitud rechazada (A menos que el pago sea recibido entre (30) días de La fecha de este aviso, su cuenta será referida a colección.**

Motivo:

- El ingreso sobrepasa las cantidades exigidas para ser elegido**
- Otro** _____

Costos Totales: \$ _____
La atención de caridad pagara \$ _____
Responsabilidad del paciente \$ _____

Si usted no esta de acuerdo con la decisión anterior puede solicitar una apelación. Envíe su apelación con los motivos y cualquier documentación adicional a:

**South Nassau Communities Hospital
 Financial Assistance Department
 One Healthy Way
 Oceanside, New York 11572
 (516) 632-4015**

_____ **Firma del representante del hospital**

_____ **Fecha**



2012 FEDERAL POVERTY LEVEL GUIDELINES

TAMAÑO DE LA FAMILIA	IGUAL O MENOS DE 100%	MAS DE 100%	HASTA 125%	MAS DE 125%	HASTA 150%	MAS DE 150%	HASTA 175%	MAS DE 175%	HASTA 200%	MAS DE 200%	HASTA 225%	MAS DE 225%	HASTA 250%	MAS DE 250%	HASTA 300%
1	10890	10890	13613	13613	16335	16335	19058	19058	21780	21780	24503	24503	27225	27225	32670
2	14710	14710	18388	18388	22065	22065	25743	25743	29420	29420	33098	33098	36775	36775	44130
3	18530	18530	23163	23163	27795	27795	32428	32428	37060	37060	41693	41693	46325	46325	55590
4	22350	22350	27938	27938	33525	33525	39113	39113	44700	44700	50288	50288	55875	55875	67050
5	26170	26170	32713	32713	39255	39255	45798	45798	52340	52340	58883	58883	65425	65425	78510
6	29990	29990	37488	37488	44985	44985	52483	52483	59980	59980	67478	67478	74975	74975	89970
7	33810	33810	42263	42263	50715	50715	59168	59168	67620	67620	76073	76073	84525	84525	101430
8	37630	37630	47038	47038	56445	56445	65853	65853	75260	75260	84668	84668	94075	94075	112890
CADA ADICIONAL	3820	3820	4775	4775	5730	5730	6685	6685	7640	7640	8595	8595	9550	9550	11460
Responsabilidad del paciente: Menos el total de la tarifa O % de Blue Cross	Gratis	10%		20%		35%		50%		60%		75%		100%	

Fuente: Registro Federal, Vo. 76, No. 13, Enero 20, 2011. Pg 3637--3638