



Formulario de ayuda financiera uniforme en hospitales del Estado de Nueva York (NYS)

Puede solicitar ayuda financiera para cubrir sus gastos hospitalarios si no tiene seguro, si alcanzó el cupo máximo de su seguro, o si tiene seguro médico, pero tiene evidencia de gastos médicos que superen el 10 % de sus ingresos. Complete este formulario para comenzar la solicitud de ayuda financiera.

Todos los hospitales que se encuentran en el Estado de Nueva York utilizan este formulario.

Este formulario debe imprimirse en los idiomas principales¹ que hable el paciente que se atiende en el hospital.

Nombre del paciente (información completa que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)			
Dirección		Número de Departamento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de contacto			
Progenitor/tutor o representante legal (si el paciente es menor o un adulto incapacitado)			
Correo electrónico (si tuviera)			

Información familiar:

Nombre a continuación todos los integrantes de su núcleo familiar. El núcleo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o concubina y sus hijos o cualquier otro dependiente. Por ejemplo, esto incluye a todos los que se mencionan en su declaración fiscal.

Ingreso bruto significa su ingreso **antes** de que se deduzcan los impuestos.

El ingreso bruto puede componerse de las ganancias por el trabajo (jornales, salarios, propinas, ganancias de emprendimientos), ingresos no salariales (seguridad social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (recursos de familiares o amigos), y otras fuentes de ingreso (asistencia temporal o seguridad de ingreso suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingreso bruto total (actual)
	Propio	

¹ Se entiende por "idiomas principales" aquellos que el paciente utiliza para comunicarse al menos el 5 % de las veces que acude al hospital o cualquier idioma que hable más del 1 % del personal de atención primaria del hospital, calculado mediante la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de Estados Unidos, complementada por los datos del sistema educativo.

El hospital puede solicitar que presente documentación como prueba del ingreso, ejemplos de la documentación pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario 1040.

Estado del seguro social

¿Posee algún tipo de seguro, como Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por cuenta propia? Sí No

En caso de responder "No", ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar cualquiera de estos programas?

Sí No

Pacientes que no están debidamente asegurados: personas con seguro y grandes gastos

médicos. Si tiene seguro, proporcione un cálculo estimado de las facturas médicas que abonó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitar que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

Paciente/Parte responsable: si no firma el paciente, coloque el nombre de la persona que firma el formulario y la autoridad que tiene para firmar en nombre del paciente (por ejemplo cónyuge, padre, representante legal).

Entiendo que la información que proporciono puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico, a mi leal saber y entender, que la información es verídica y está completa.

Nombre en letra de molde	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y pautas

Plazo para la presentación de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento del proceso de cobro.
- No tiene que realizarse ningún pago al hospital hasta que reciba una decisión sobre la solicitud de ayuda financiera. Los hospitales no pueden enviar las cuentas para cobro mientras la solicitud está pendiente.
- Si la asistencia financiera es rechazada, tienen derecho a apelar. El hospital le informará, en la notificación que le envíe, cómo apelar. Tiene derecho a apelar el monto de la ayuda financiera. El hospital incluirá, en la carta con la decisión, información sobre cómo apelar.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a las agencias de cobros 180 días después de la primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar acciones legales, lo que incluye iniciar una demanda para cobrar facturas pendientes a pacientes que estén 400 % debajo del nivel federal de pobreza. Las pautas sobre la pobreza se pueden encontrar aquí.
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital solo utilizará toda la información incluida en esta solicitud para determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda financiera, y será confidencial en la medida permitida por la ley.
- El hospital no puede negarle servicios médicos esenciales solo porque tiene una factura impaga.
- Si necesita ayuda con la solicitud, por favor contacte al miembro del equipo abajo mencionado. Mount Sinai Health System

Representante: _____

Número de teléfono: _____

- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o con la apelación de una decisión, puede contactar a los defensores de salud comunitaria. 888-614-5400.

Requisitos

No existen limitaciones para que el hospital aumente el límite de ingresos requerido para poder acceder a descuentos en los pagos a niveles más altos que los que se especifican a continuación, ni para que ofrezca mayores descuentos que los que se establecen en la Ley de Salud Pública a pacientes que reúnan los requisitos. Además, la condición de inmigrante no será un criterio de elegibilidad para determinar la ayuda financiera.

Las siguientes personas son elegibles para recibir ayuda financiera:

- Personas con ingresos bajos sin seguro médico, o
- Personas con seguro insuficiente (con gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que representen más del diez por ciento del ingreso bruto anual del individuo); o
- Aquellos que hayan agotado los beneficios del seguro médico y que puedan demostrar que no pueden pagar los gastos completos; o
- Aquellas personas que puedan demostrar la imposibilidad de abonar los copagos o deducibles pueden solicitar una reducción o descuento en el pago, quedando a criterio del hospital otorgarlo o no.

Las personas que estén hasta el 400 % del nivel federal de pobreza pueden solicitar ayuda financiera.

Nivel Federal de Pobreza (2024)			
Cantidad de personas que componen el núcleo familiar	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

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

Tasas mínimas de descuento

Si es apto para recibir ayuda financiera, se le reducirán los cargos de acuerdo a su ingreso de la siguiente forma, de acuerdo a una escala variable:

Nivel de ingreso	Pago
Por debajo del 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).	Exento de todos los cargos
200 % - 300 % del FPL	Pacientes que no están asegurados: escala móvil hasta 10 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios Pacientes que no están debidamente asegurados: hasta un máximo de 10 % del monto que se hubiera pagado en virtud del costo compartido del seguro del paciente.
301 % - 400 % FPL	Pacientes que no están asegurados: escala móvil hasta 20 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios Pacientes que no están debidamente asegurados: hasta un máximo de 20 % del monto que se hubiera pagado en virtud del costo compartido del seguro del paciente.

El hospital puede optar por ofrecer mayores descuentos a pacientes que reúnen los requisitos o ofrecer descuentos en el pago a pacientes con niveles de ingreso más altos.

Plan de cuotas

Los planes de cuotas están disponibles para los pacientes que no pagar la tasa reducida en un solo pago. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % del ingreso bruto mensual y la tasa de interés por el monto que se debe, si lo hubiera, no puede superar el 2 %.

Solicitud de constancia del ingreso del grupo familiar

Por favor incluya la información del paciente, su cónyuge, y de cualquier dependiente (como los hijos). Por ejemplo, esto incluye a todos los que figuran en la misma declaración fiscal (titular de la declaración, cónyuge y dependientes) en el cálculo de los ingresos familiares.

A continuación encontrará una lista de los documentos que puede utilizar para probar su ingreso. No necesita proporcionar todos los documentos. También puede brindar una declaración de grupo familiar sin ingresos si es que no tienen ingresos.

También puede proporcionar la hoja de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros del Estado de Nueva York. Si tiene este documento, no necesita proporcionarle al hospital ningún otro documento, de los que se mencionan a continuación, que pruebe sus ingresos.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Proporcione un recibo de sueldo o carta de su empleador, con membrete de la empresa, firmada y fechada, o la última declaración de impuesto sobre la renta.
Pago del seguro social	\$	Copia de la carta o certificado de adjudicación, o carta de la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos, o carta del beneficio anual. Para solicitar una copia de la carta de beneficio 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 resumen mensual del beneficio del Ministerio de Trabajo del Estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o carta del Ministerio de Trabajo del Estado de Nueva York, o impresión de la cuenta del receptor desde el sitio web del Ministerio de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o carta de la Administración de Seguridad Social, o copia de la carta del beneficio anual. Para solicitar una copia de la carta de beneficio del seguro social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón del cheque.
Pensión alimenticia/manutención	\$	Copia de la orden judicial, o los últimos 3 cheques cobrados o los recibos.
Dividendos/Intereses	\$	Resumen mensual o cuatrimestral de los dividendos.
Otro	\$	Carta declarando el monto de las ganancias que no corresponden a salarios, si las hubiere, tales como ingresos por alquiler, dinero por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingreso	\$0	Declaración firmada de que no posee ingresos.