

Solo para uso del hospital:  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
N.º de cuenta: \_\_\_\_\_  
Fecha de envío o entrega al paciente: \_\_\_\_\_  
Enviado/entregado por: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_

### Solicitud de asistencia financiera

El Hospital Nathan Littauer está dedicado a brindar atención médica a aquellos pacientes que quizá no cuenten con recursos económicos suficientes para ocuparse de sus necesidades médicas. Para solicitar ayuda financiera para sus cuentas del hospital, debe llenar, firmar y devolver la Solicitud de Asistencia Financiera al hospital. Por favor, envíe todos los comprobantes requeridos al devolver la solicitud. Al presentar una solicitud llena, puede ignorar cualquier factura del Hospital Nathan Littauer hasta que reciba una notificación de lo que se determinó que se hará con su solicitud. **LA SOLICITUD Y LOS DOCUMENTOS DEBEN ENVIARSE DE REGRESO A NATHAN LITTAUER HOSPITAL, 99 E. STATE ST, GLOVERSVILLE, NY 12078 ATTN: PATIENT FINANCIAL SERVICES.**

Podemos solicitar más información personal tras la revisión de la solicitud. Deben agotarse las posibles fuentes de pago entre las que se enumeran programas de asistencia estatal y federal, todas las fuentes de seguros y acuerdos legales antes de que consideremos la condonación de los saldos de cuenta. Daremos tratamiento igualitario a su solicitud de asistencia sin discriminarlo. **Por favor, comprenda que esta es una solicitud de consideración relacionada con los cobros que hace el hospital y NO CUBRE la facturación que emita su médico privado, radiólogo, médico de sala de emergencias, médico tratante, farmacia minorista del hospital ni otros servicios que no preste directamente el hospital.**

Si tiene preguntas o desea indagar sobre el estado de su solicitud, llame por favor al **518-773-5551**.

|                                                        |                                                                  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre del paciente (Apellido, primer nombre, segundo) |                                                                  |
| N.º de Seguro Social                                   | Fecha de nacimiento                                              |
| Dirección                                              | Dirección postal (de ser diferente a la dirección de residencia) |
| Condado de residencia _____                            | Teléfono residencial _____                                       |
| Empleador _____                                        | Teléfono _____ ¿Por cuánto tiempo? _____                         |
| Empleador anterior _____                               | Teléfono _____ ¿Por cuánto tiempo? _____                         |
| Empleador del cónyuge _____                            | Teléfono _____                                                   |

### Seguro

A continuación, facilite información del seguro médico, si lo tiene. Facilítenos además el seguro automovilístico/de propiedad inmobiliaria, la indemnización laboral o de daños a terceros que se requiera si su hospitalización es el resultado de una lesión o un accidente.

Compañía \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ seguros N.º \_\_\_\_\_ de  
póliza \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_ Asegurado N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre/dirección/N.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ representante legal  
Tipo de lesión o accidente \_\_\_\_\_ N.º de informe policial \_\_\_\_\_

### Información de los miembros e ingresos del grupo familiar

Por favor, enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y agregue las fuentes de ingreso de todos ellos incluyendo fuentes que no provienen de su trabajo, como indemnización laboral, indemnización de desempleo, pensiones, ingreso por alquiler, intereses de las inversiones, dividendos, fideicomisos, manutención de menores, pensión conyugal, ingresos del Seguro Social, la Administración de Veteranos o cualquier otro programa de beneficios.

#### Integrantes de la familia

#### Ingreso mensual bruto

|                      |                     |           |
|----------------------|---------------------|-----------|
| Solicitante          | \$                  | Fuente    |
| Esposo/padre         | SSN                 | \$ Fuente |
| Esposa/madre         | SSN                 | \$ Fuente |
| Menores dependientes | \$                  | Fuente    |
| Nombre               | Fecha de nacimiento |           |
| Nombre               | Fecha de nacimiento |           |
| Nombre               | Fecha de nacimiento |           |
| Otros hijos          |                     |           |

|                                                                                                                                                                  |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nombre                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento |
| Nombre                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento |
| Nombre                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento |
| Integrantes de la familia en total                                                                                                                               |                     |
| <b>Solicitud de asistencia financiera</b>                                                                                                                        |                     |
| <b>¿Ha solicitado algún tipo de asistencia estatal o federal durante el año anterior?</b> _____ Fecha de solicitud _____                                         |                     |
| Medicaid      Sí      No      Seguro Social por discapacidad      Sí      No      Indemnización a la víctima      Sí      No                                     |                     |
| Enumere cuentas que recientemente usted o sus parientes cercanos hayan tenido en el Hospital Nathan Littauer o en alguna de nuestras sedes de Atención Primaria. |                     |
| Nombre del paciente                                                                                                                                              | N.º de cuenta       |
| Fecha del servicio                                                                                                                                               |                     |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |
| _____                                                                                                                                                            | _____               |

Certifico que la información suministrada arriba es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Léí y acepto cumplir todos los términos y requisitos establecidos en el aviso de disponibilidad de asistencia financiera.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

|                                                      |                                                                         |                              |                                                     |             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|
| Solo para uso del hospital: <input type="checkbox"/> | Remitido al Departamento de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> | SSI <input type="checkbox"/> | Indemnización a la víctima <input type="checkbox"/> | Otro: _____ |
| Número de cuenta                                     | Revisado                                                                | Aprobado                     | Negado                                              |             |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |
| _____                                                | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>                            | _____       |

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha

Lineamientos sobre el ingreso para la Asistencia Financiera en 2024

| Tamaño de la familia | Ingreso anual |              |               |               |               | Porcentaje del monto del descuento |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------------|
|                      | 100% FPL      | 150% FPL     | 200% FPL      | 250% FPL      | 300% FPL      |                                    |
| 1                    | \$ 15,060.00  | \$ 22,590.00 | \$ 30,120.00  | \$ 37,650.00  | \$ 45,180.00  | Más                                |
| 2                    | \$ 20,440.00  | \$ 30,660.00 | \$ 40,880.00  | \$ 51,100.00  | \$ 61,320.00  | Más                                |
| 3                    | \$ 25,820.00  | \$ 38,730.00 | \$ 51,640.00  | \$ 64,550.00  | \$ 77,460.00  | Más                                |
| 4                    | \$ 31,200.00  | \$ 46,800.00 | \$ 62,400.00  | \$ 78,000.00  | \$ 93,600.00  | Más                                |
| 5                    | \$ 36,580.00  | \$ 54,870.00 | \$ 73,160.00  | \$ 91,450.00  | \$ 109,740.00 | Más                                |
| 6                    | \$ 41,960.00  | \$ 62,940.00 | \$ 83,920.00  | \$ 104,900.00 | \$ 125,880.00 | Más                                |
| 7                    | \$ 47,340.00  | \$ 71,010.00 | \$ 94,680.00  | \$ 118,350.00 | \$ 142,020.00 | Más                                |
| 8                    | \$ 52,720.00  | \$ 79,080.00 | \$ 105,440.00 | \$ 131,800.00 | \$ 158,160.00 | Más                                |

\*Agregue \$5,380 por cada integrante adicional en unidades familiares con más de 8 integrantes.

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