

Solicitud Uniforme del Estado de New York para Asistencia Financiera Hospitalaria

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda económica del hospital para cubrir sus facturas si no tiene seguro médico, si su cobertura se ha agotado o si, contando con seguro médico, puede demostrar que sus gastos médicos pagados superan el 10 % de sus ingresos. Al completar este formulario, iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales del estado de New York.

Nombre del paciente (consignar la información completa que corresponda)

Nombre del paciente (<i>Nombre, Segundo nombre, Apellido</i>)		
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		
Dirección		N.º de apartamento/unidad:
Ciudad	Estado	Código Postal
N.º de contacto telefónico	Dirección de correo electrónico (<i>si corresponde</i>)	
Nombre del padre/madre, tutor legal o representante legal (<i>en caso de paciente menor de edad o adulto incapacitado</i>)		

Información de la familia

Enumere a continuación a todos los miembros de su hogar. Su hogar se considera que incluye a usted, su cónyuge o pareja de hecho, y cualquier hijo u otro dependiente. Por ejemplo, esto comprendería a todas las personas incluidas en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto se refiere a sus ingresos **antes** de la deducción de impuestos.

El ingreso bruto puede consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias por cuenta propia), ingresos no laborales (seguro social, beneficios por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingreso suplementario de seguridad).

Cónyuge/pareja de hecho y dependientes (liste todos los miembros del hogar)

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (<i>actuales</i>)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

En el hospital podrían solicitarle que presente documentación para comprobar sus ingresos. Algunos ejemplos de documentos aceptables podrían ser un recibo de sueldo, una carta de su empleador (si corresponde) o el Formulario 1040.

Nombre del solicitante/paciente

(Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Situación con respecto al seguro médico

¿Cuenta usted con alguna forma de seguro médico, ya sea Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "No", ¿desearía recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Pacientes con seguro médico insuficiente: personas con seguro médico y gastos médicos elevados.

Por favor, proporcione una estimación de los gastos médicos que haya abonado en los últimos 12 meses, en caso de contar con seguro médico.

Es posible que el hospital le solicite documentación para verificar los gastos médicos pagados.

\$

Paciente/Parte responsable: en caso de no ser el paciente, indique el nombre de la persona que firma este formulario y su relación con el paciente (p. ej., cónyuge, padre, representante legal).

Entiendo que la información proporcionada podría ser verificada a través de fuentes externas. Certifico que la información es veraz y completa según mi leal saber y entender.

Nombre en imprenta	Fecha
Firma	Relación con el paciente

Sírvase enviar la solicitud firmada y los documentos adjuntos por correo a la siguiente dirección:

Nathan Littauer Hospital & Nursing Home
99 East State Street
Gloversville, NY 12078

Cronograma de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No está obligado a realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una resolución sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden remitir cuentas a cobro mientras su solicitud esté en trámite.
- En caso de denegación de asistencia económica, usted tiene derecho a presentar una apelación. En la notificación que reciba del hospital se incluirá información sobre el procedimiento a seguir. Es posible que usted tenga derecho a apelar el monto de la asistencia económica otorgada. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de resolución.
- Los hospitales no pueden derivar facturas impagas a una agencia de cobranza hasta transcurridos al menos 180 días desde la emisión de la primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluyendo la presentación de demandas, para recuperar deudas médicas de pacientes cuyos ingresos sean inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza. Las directrices de pobreza se pueden consultar aquí:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toda la información suministrada en esta solicitud será utilizada exclusivamente por el hospital para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia económica y se mantendrá confidencial dentro de los límites legales.
- Un hospital no puede negarle servicios médicos necesarios debido a una cuenta médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, por favor, póngase en contacto con la **Oficina de Asistencia Financiera de Nathan Littauer al (518) 773-5558**.
- En caso de necesitar ayuda adicional con esta solicitud o para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates al: 888-614-5400.

Elegibilidad

Ninguna disposición limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de pacientes a descuentos en los pagos con niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación, ni para ofrecer mayores descuentos a pacientes elegibles que los exigidos por la Ley de Salud Pública. Adicionalmente, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Individuos de bajos ingresos sin seguro médico; o
- individuos con seguro médico insuficiente (cuyos gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses superen el diez por ciento de sus ingresos brutos anuales);
o
- aquellos que hayan agotado los beneficios de su seguro médico y puedan demostrar su incapacidad para pagar el total de los cargos; o
- a discreción del hospital, individuos que puedan demostrar su incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas con ingresos de hasta el 400v% del nivel federal de pobreza cumplen los requisitos para recibir ayuda económica.

Niveles Federales de Pobreza (2025)			
Tamaño del hogar	200 %	300 %	400 %
1 persona	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 personas	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 personas	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 personas	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 personas	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 personas	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 personas	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600
8 personas	\$ 108,300	\$ 162,450	\$ 216,600

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

Tasas mínimas de descuento

Si cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos mediante una escala de tasas gradual de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200 % NFP	Exensión de todos los cargos
200 % - 300 % NFP	Pacientes no asegurados: Escala móvil de hasta un 10 % del monto que Medicaid habría pagado por el/los servicio(s). Pacientes con seguro médico insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del importe que habría correspondido abonar según la participación en los costos del seguro médico de dicho paciente.
301 % - 400 % NFP	Pacientes no asegurados: escala móvil de precios con un descuento de hasta el 20 % del costo que Medicaid habría cubierto por el o los servicios. Pacientes con seguro médico insuficiente: hasta un máximo del 20 % del importe que habría correspondido abonar según la participación en los costos del seguro médico de dicho paciente.
En el ámbito hospitalario, se contempla la posibilidad de ofrecer mayores descuentos a pacientes que cumplan con ciertos criterios de elegibilidad. Asimismo, existe la opción de aplicar descuentos por pronto pago, incluso a pacientes con ingresos económicos más elevados.	

Planes de pago en cuotas

Los pacientes que no puedan abonar la tarifa reducida en un único pago podrán acceder a planes de pago en cuotas. Las cuotas mensuales no podrán superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales, y la tasa de interés aplicada al saldo pendiente, en caso de haberla, no excederá el 2 %.

Solicitud de comprobante de ingresos familiares

Sírvase incluir la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier persona a su cargo (como hijos). Por ejemplo, esto comprendería a todas las personas incluidas en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) para el cálculo de los ingresos familiares.

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede utilizar para acreditar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos.

También puede presentar una declaración de ausencia de ingresos familiares si no percibe ningún ingreso.

Asimismo, puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del estado de New York (NY State of Health Marketplace). Si dispone de este documento, no es necesario que presente ninguna otra información de

ingresos de la lista siguiente al hospital.

Si el hogar recibe	Monto por mes	El solicitante puede proporcionar
Salarios	\$	Proporcione un talón de pago; una carta del empleador en papel con membrete de la compañía, firmada y fechada; o la declaración de impuestos sobre la renta más reciente presentada.
Pago de Seguridad Social	\$	Copia de la carta o certificado de concesión; o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos; o carta de beneficios anual. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta o certificado de concesión; o resumen de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del Estado de New York; o copia de la tarjeta de pago directo con un comprobante de impresión; o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de New York; o impresión de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de New York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta o certificado de concesión; o correspondencia de la Administración del Seguro Social; o copia de la carta de beneficios anual. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación a trabajadores	\$	Copia de la carta de concesión o talón de cheque.
Pensión compensatoria / Manutención de menores	\$	Copia de la orden judicial; o comprobantes de cobro o recibos de los últimos 3 meses.
Dividendos / Intereses	\$	Declaraciones de dividendos trimestrales o resúmenes de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiere), como ingresos por alquileres, pagos en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración jurada de ausencia de ingresos.