

Confidencial
NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital
Solicitud de Asistencia financiera

Nombre del solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **N.º de cuenta** _____

Relación del paciente con el solicitante:

___ Mismo ___ Cónyuge/pareja _____ Padre/madre/tutor legal ___ Hijo/a ___ Otro ___ (especifique)

¿Ha solicitado Medicaid? ___ Si ___ No ___ Si No, ¿por qué? _____

Tamaño total del grupo familiar: (incluye a los dependientes que viven en la casa del solicitante, de quienes el solicitante es responsable financieramente)

Nombre	Edad	Relación

Ingresos brutos totales (ingresos antes del pago de impuestos) de los últimos 90 días:

Fuentes de ingresos	Ingresos del solicitante	Ingresos del cónyuge/pareja
Salarios		
Pago del Seguro Social		
Compensación por desempleo		
Discapacidad		
Compensación de trabajadores lesionados		
Pensión alimenticia/manutención de menores		
Dividendos/intereses/rentas		
Todos los demás ingresos (beneficios de VA, Asistencia Pública, etc.)		
Total		

Debe proporcionar copias de cheques, boletas de pago o estados de cuenta para respaldar todos los ingresos declarados o se le puede negar la asistencia

Certifico que la información y la documentación, así como todas las respuestas proporcionadas son verdaderas y exactas. Mi incumplimiento en el pago de cualquier saldo reducido o ajustado me someterá a las prácticas normales de facturación y cobro de NewYork-Presbyterian/Hudson Valley Hospital.	
Firma _____	Fecha _____
Firma del solicitante/paciente (padre/madre/tutor legal si es menor)	

No tiene que pagar nada al hospital, hasta que el hospital le envíe una carta con su decisión respecto a su solicitud. Responderemos en el transcurso de 30 días después de su solicitud si proporciona toda la información al presentar su solicitud. Si tiene alguna pregunta, llame al 914-734-3858 y pida hablar con el asesor financiero.

Envíe por correo la solicitud completa a: NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital, ATTN: Financial Counselor, 1980 Crompond Road, Cortlandt Manor, NY 10567
--

FECHA:

Nombre del paciente: _____

Fecha de admisión					
N. ° de cuenta					
Saldo					

Fecha de admisión					
N. ° de cuenta					
Saldo					

De acuerdo con su solicitud, revisamos su cuenta en consideración para la Asistencia financiera.

Con base en la información financiera que proporciono, su cuenta ha sido:

_____ 100 % **APROBADA** para asistencia financiera. Por lo tanto, no tiene saldo pendiente en las cuentas mencionadas anteriormente.

_____ % **APROBADA** para asistencia financiera.

Por lo tanto, el monto adeudado de todas las cuentas mencionadas anteriormente es de

\$_____. Un plan de pago de un monto de \$_____/mes se establecerá para el monto adeudado.

Si no puede pagar este monto, comuníquese de inmediato con nosotros para hacer otros arreglos.

_____ **DENEGADA.** La razón de la denegación es la siguiente:

_____ No proporcionó la documentación necesaria que se solicitó

_____ Usted tiene ingresos superiores a los establecidos en nuestra política de asistencia financiera

_____ Otros _____

Agradecemos su pronta respuesta. Comuníquese con nosotros al 914-734-3518 o al 914-734-3858 si tiene preguntas adicionales o necesita establecer un plan de pago.

Si no está de acuerdo con esta determinación, envíe una carta de apelación y volveremos a revisar su caso. Si tiene información adicional que respalde la apelación, también inclúyala.

Debe enviar la apelación a:

Maureen DiMaggio
Director, Patient Financial Services
New York-Presbyterian Hudson Valley Hospital
1980 Crompond Road
Cortlandt Manor, NY 10567

Atentamente,

Asesor Financiero

Fecha: _____

Nombre del fiador: _____

Dirección: _____

Estimado/a Sr./Sra.:

De acuerdo con su solicitud, ad junto encontrará el formulario que debe llenar para que su caso sea considerado para la asistencia financiera. Asegúrese de que respondió todas las preguntas del formulario y envíelo de vuelta con toda la documentación requerida en un plazo de 20 días, para su revisión. Si tiene alguna pregunta o necesita una prórroga para completar su documentación, comuníquese con nuestro Asesor Financiero al 914-734-3518 o envíenos un correo electrónico a pa@hvhc.org. No envíe su solicitud a esta dirección de correo electrónico. Envíe la solicitud por correo o llévela personalmente al hospital.

DEVOLVER A:

Financial Counselor
New York-Presbyterian Hudson Valley Hospital
1980 Crompond Road
Cortlandt Manor, NY 10567

Si todo está en orden, procesaremos la solicitud y le enviaremos una respuesta por escrito en el transcurso de 30 días. Usted no tendrá la responsabilidad de pagar hasta que el hospital haya tomado una determinación. Si hubiera algún problema con la solicitud, nuestro asesor financiero se comunicará con usted.

NEWYORK-PRESBYTERIAN HUDSON VALLEY HOSPITAL
Aviso de Asistencia financiera para los pacientes y sus familias

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 914-734-3518 (Asesor Financiero) o al 914-734-3578 (Facturación)

NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital está orgulloso de su misión sin fines de lucro de proporcionar atención de calidad a todas las personas que la necesiten, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, independientemente de su capacidad de pago.

Cuando se trata de proporcionar atención médica, NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital tiene los siguientes objetivos:

- Tratar a todos los pacientes equitativamente y con dignidad, respeto y compasión
- Atender las necesidades de atención médica de emergencia de todas las personas, independientemente de su capacidad de pago por la atención
- Asistir a los pacientes que no pueden pagar toda o parte de la atención que reciben

Debido a los altos costos de los seguros médicos, muchas personas y familias de nuestra comunidad no tienen seguro médico o su seguro médico es inadecuado. Consideramos que el miedo a la factura del hospital o a la incapacidad de pagarla nunca debe interponerse ser un obstáculo para recibir los servicios de salud esenciales. Por eso, estamos comprometidos con:

- Proporcionar atención médica con el mismo nivel de calidad a todos los pacientes, incluyendo a los que no pueden pagarla
- Eliminar los obstáculos financieros para obtener atención médica que tienen muchos pacientes y familias en nuestra comunidad
- Mantener el trato con respeto y compasión hacia los pacientes y las familias
- Proporcionar oportunamente información exacta sobre nuestras políticas de asistencia financiera
- Ayudar a los pacientes y sus representantes a conocer y tener acceso al programa de seguro médico del gobierno.

Es importante que nos informe si tendrá o tiene problemas para pagar su factura. Sin su notificación y colaboración, podemos enviar sus facturas no pagadas a una agencia de cobros, lo cual podría afectar su estado crediticio.

Justo para pagar el saldo total: En cualquier momento puede pagar el saldo adeudado completo, por teléfono o correo. Los métodos de pago incluyen dinero en efectivo, cheque y tarjetas American Express, Visa, MasterCard o Discover.

Medicaid: Si no tiene seguro, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su Condado para recibir ayuda para solicitar la cobertura de Medicaid. También puede hacer la solicitud en línea en info.nystateofhealth.ny.gov.

New York State of Health: Productos de bajo costo disponibles para adquirir en el Mercado de Seguros Médicos. En muchos casos, se proporcionan créditos de impuestos o subsidios basados en los ingresos. Puede hacer la solicitud en línea en info.nystateofhealth.ny.gov o llamar al: 855-355-5777 para obtener más información.

Asistencia financiera: Si no tiene seguro médico o tiene una cobertura inadecuada y le preocupa no poder pagar toda su atención, es posible que podamos ayudarle. NYP HVH ofrece asistencia financiera a los pacientes, según sus ingresos y necesidades. La información sobre este programa está disponible a solicitud. Revisamos y procesamos todas las solicitudes de Asistencia financiera con la documentación de respaldo apropiada.

Los documentos requeridos incluyen copias de boletas de pago recientes, beneficios de desempleo, cheques del Seguro Social, ingresos por pensión. Los detalles se proporcionarán en el momento en que pida un formulario de solicitud.

- **Tasa de descuento para personas sin seguro:** Si no tiene seguro y no califica para Medicaid, nosotros sí rebajamos nuestros saldos a una tasa para personas sin seguro. Esta tasa se basa en una tasa comparativa que esperaríamos recibir de una aseguradora. La tasa se basa en las pruebas realizadas, la duración de la estancia y el diagnóstico. La tasa también incluye un sobrecargo de 9.63% (impuesto) que el estado nos obliga acobrar a todas las cuentas de pago propio. Se calculará su saldo y se le enviará una factura en el transcurso de 10 días después de su tratamiento.
- **Descuento por necesidad financiera:** Si recibe la tasa de descuento de personas sin seguro, pero todavía le queda un saldo ajustado, que cree que no puede pagar, aún puede ser elegible para otro descuento. Para calificar, debe solicitar la asistencia financiera. Su elegibilidad se determinará según sus ingresos y nivel de activos, de acuerdo con las políticas del hospital y las leyes aplicables.

Planes de pago: Ofrecemos a todos los pacientes la oportunidad de establecer un plan de pago del saldo adeudado. Trabajaremos con usted para establecer un plan de pago razonable de cualquier parte de su factura de hospital que no sea elegible para los descuentos indicados anteriormente.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro asesor financiero al 914-734-3518 o con nuestro departamento de facturación al 914-734-3858. Le ayudaremos a completar la documentación y los formularios necesarios. También nos puede escribir a 1980 Crompond Road, Cortlandt Manor, NY 10567, ATTN: Financial Counselor, o enviarnos un correo electrónico a pa@hvhc.org. Trataremos sus preguntas con confidencialidad y cortesía. Responderemos todas las consultas, independientemente de su situación. Le pedimos que NO envíe documentos por correo electrónico; puede enviarlos por correo postal o visitar el hospital y reunirse con el asesor financiero.

Asistencia financiera

Si cree que tendrá problemas para pagar su factura del hospital, es posible que califique para la asistencia financiera.

Para obtener más información o presentar una solicitud, hable con su encargado de registro o con nuestro asesor financiero para recibir asistencia (914-734-3518).

Infórmenos si necesita un Intérprete.

NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital

Resumen de asistencia financiera

NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital reconoce que algunas veces los pacientes que necesitan atención tienen dificultades para pagar los servicios que reciben. El programa de asistencia financiera de NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital proporciona descuentos a las personas que califican, según sus ingresos. Además, podemos ayudarle a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo, si califica. Simplemente comuníquese con nuestro Asesor Financiero, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., al 914-734-3518 o visite al Asesor Financiero del Departamento de Admisión para recibir asistencia confidencial y gratuita. También se puede comunicar con el departamento de facturación al 914-734-3858, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

¿Quién califica para recibir un descuento?

La asistencia financiera está disponible para los pacientes que tienen ingresos limitados y no tienen seguro médico. Si no puede pagar su saldo adeudado después del seguro, también puede calificar para recibir asistencia financiera.

Todas las personas del Estado de Nueva York que tienen necesidad de servicios de emergencia pueden recibir atención y obtener un descuento si cumplen con los límites de ingresos.

Todas las personas que viven en Westchester, Putnam Orange, Rockland y Bronx pueden obtener un descuento en los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia en NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital, si cumplen con los límites de ingresos. No le pueden negar la atención médicamente necesaria por su necesidad de asistencia financiera.

Puede solicitar un descuento independientemente de su situación migratoria.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía según sus ingresos y el tamaño de su familia. Los límites de ingresos se establecen de acuerdo con las Guías Federales de Pobreza. Si no tiene seguro médico, los límites de ingresos para el 100% de descuento son los siguientes:

Tamaño de la familia	Ingreso familiar anual	Ingreso familiar Mensual	Ingreso familiar seminal
1	Hasta \$22,980	Hasta \$1915	Hasta \$442
2	Hasta \$31,020	Hasta \$2,585	Hasta \$596
3	Hasta \$39,060	Hasta \$3,255	Hasta \$752
4	Hasta \$47,100	Hasta \$3,925	Hasta \$906
5	Hasta \$55,140	Hasta \$4,595	Hasta \$1,060
6	Hasta \$63,180	Hasta \$5,265	Hasta \$1,215

* Basado en las Guías Federales de Pobreza de 2014 (200%)

Si se encuentra fuera de estos límites, aún podría calificar para obtener una tasa de descuento. Envíe su solicitud para su revisión.

¿Que sucede sino cumplo con los limites de ingresos?

Sino puede pagar su factura, NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital ofrece un plan de pago sin intereses. El monto que debe pagar depende del monto de sus ingresos. Por lo general, ofrecemos los planes de pago en un período de 12 meses.

¿Me puede explicar alguien el descuento? ¿Me puede ayudar alguien a presentar mi solicitud?

Sí, tenemos ayuda confidencial gratuita. Llame al Asesor Financiero al 914-734-3518.

Si no habla inglés, alguien puede ayudarle en su idioma.

El Asesor Financiero le puede indicar si califica para obtener seguro médico gratuito o de bajo costo, tal como Medicaid o los productos de NYS Exchange. Si el Asesor Financiero determina que usted no califica para el seguro de bajo costo, le ayudara a solicitar un descuento.

El Asesor le ayudará a llenar todos los formularios y le indicará qué documentos debe llevar.

¿Qué necesito para solicitar un descuento?

- Identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de residencia/green card)
- Constancia de residencia (una factura con su dirección)
- Constancia de sus ingresos actuales, de cualquier fuente

Si no puede proporcionar alguno de estos documentos, aún puede solicitar la asistencia financiera. Comuníquese con nosotros para buscar la manera de ayudarle.

¿Qué servicios están cubiertos?

El descuento cubre todos los servicios médicamente necesarios prestados en NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital. Estos incluyen los servicios para pacientes ambulatorios, la atención de emergencia y las hospitalizaciones.

Los cargos de *médicos privados* que prestan servicios en el hospital no tienen cobertura de la póliza del hospital. Debe hablar con los médicos privados para averiguar si ellos ofrecen un descuento o un plan de pago.

¿Cuánto debo pagar?

Nuestro Asesor Financiero le dará los detalles acerca de su descuento(s) específico(s) cuando se haya procesado su solicitud.

Para los servicios electivos, se necesita un depósito. Comuníquese con el Asesor Financiero para una breve evaluación. Evaluará su situación y con base en sus ingresos, establecerá un monto de depósito justo.

¿Cómo obtengo el descuento?

Debe llenar el formulario de solicitud. Tan pronto como tengamos la constancia de sus ingresos, podremos procesar su solicitud de descuento, de acuerdo con su nivel de ingresos.

Puede solicitar un descuento antes de su cita, cuando vaya a! hospital para obtener atención médica o cuando reciba la factura por correo.

Envíe el formulario lleno a NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital, Financial Counselor, 1980 Crompond Road, Cortlandt Manor, NY 10567 o lléveselo al Asesor Financiero, que se encuentra en el Departamento de Admisión. Puede enviar la solicitud hasta 90 días después de haber recibido los servicios.

¿Cómo sabré si aprobaron el descuento?

NewYork-Presbyterian Hudson Valley Hospital le enviará una carta en el transcurso de 30 días después de haber completado y entregado la documentación, informándole si aprobaron su solicitud y el nivel de descuento que recibió.

¿Qué sucede si recibo una factura mientras espero la decisión del sobre el descuento?

No le pueden pedir que pague una factura del hospital mientras está en consideración su solicitud de descuento. Si deniegan su solicitud, el hospital debe informarle la razón por escrito y debe proporcionarle una manera de apelar la decisión en un nivel más alto dentro del hospital.

¿Qué pasa si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?

Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447