

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 1 de 7

TÍTULO: POLÍTICA DE AJUDA FINANCEIRA

POLÍTICA E FINALIDADE:

A New York State Public Health Law (Seção 2807-k-9-a) e o Internal Revenue Code (Seção 501(r)) estabelecem que os hospitais devem prestar serviços gratuitos ou por preços reduzidos no atendimento de emergência ou por outros cuidados médicos necessários para pacientes que não disponham de meios para seu atendimento, total ou parcial, tendo por base sua situação financeira.

O NewYork-Presbyterian Hospital (doravante "Hospital") reconhece sua responsabilidade de fornecer ajuda financeira (doravante "Ajuda Financeira") para quem possa não ter seguro ou ter um seguro sem muita abrangência e que recebeu serviços médicos necessários ou de emergência no Hospital. O Hospital empenha-se em realizar uma avaliação abrangente da necessidade do paciente e prestar Ajuda Financeira quando justificado, independentemente de idade, gênero, raça, nacionalidade, condição socioeconômica ou de imigrante, orientação sexual ou filiação religiosa.

Se uma pessoa for considerada elegível para a Ajuda Financeira pelo Hospital, a equipe do Hospital não iniciará ECAs, incluindo ações civis, contra a pessoa.

APLICAÇÃO:

1. Esta Política aplica-se aos serviços de emergência ou outros serviços médicos necessários, em regime hospitalar e/ou ambulatorial, prestados a uma pessoa que se qualifique para receber assistência do Hospital e da sua equipe, de acordo com esta Política. Veja, no Anexo C, as instalações cobertas atualmente.
2. Esta Política aplica-se aos serviços de emergência prestados aos moradores do Estado de Nova York (incluindo transferências previstas na Emergency Medical Treatment and Active Labor Act e serviços não emergenciais, cuidados médicos necessários prestados a qualquer morador qualificado na área primária de serviço do Hospital. (veja o Anexo A). Serviços médicos são os serviços cobertos pelo programa Medicaid do Estado de Nova York.
3. Além de dar cobertura às pessoas sem seguro que possam se qualificar, esta Política cobre as pessoas que se qualificam e estão sujeitas a custos médicos extraordinários, incluindo copagamentos, franquias ou cosseguro, e/ou cujos benefícios do seguro de saúde se exauriram (incluindo, entre outros, contas-poupança de saúde).

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 2 de 7

4. Para localizar informações sobre os médicos e outros prestadores de serviços do Hospital, incluindo a Ambulatory Care Network (ACN), prestadores clínicos (doravante "prestadores") e sobre a Política de Ajuda Financeira do Hospital, acesse www.nyp.org. Para obter uma cópia impressa da lista de prestadores de serviço, acesse www.nyp.org, ligue (866-252-0101) ou fale diretamente com o provedor. Os pacientes receberão contas e cobranças separadas dos provedores que não são cobertos por esta Política. Os prestadores de ACN do Hospital estão cobertos pela Política de Ajuda Financeira.
5. A Ajuda Financeira será considerada após o envio de um formulário de requerimento totalmente preenchido e acompanhado pela documentação necessária. Em determinadas circunstâncias limitadas e aqui especificadas, a Ajuda Financeira poderá ser fornecida para pacientes com base nas classificações de renda presumidas calculadas [por agências de crédito ou especializadas.
6. A Ajuda Financeira será prestada após averiguar se o paciente se qualifica para o Medicaid ou outros seguros, quando for devido ou apropriado.
7. Exceções a esta Política podem ser feitas mediante a aprovação de uma autoridade do Hospital nomeada para esse fim. As eventuais controvérsias quanto à necessidade médica serão dirimidas pelo Hospital Utilization Review Department, de acordo com as políticas e os procedimentos pertinentes do Hospital.

PROCEDIMENTO:

A. Requerimento: ocasião/localização/documentação

1. Os materiais escritos, inclusive o requerimento, a Política completa e um resumo em linguagem simples (Resumo) estarão disponíveis para os pacientes nos idiomas principais do Hospital, mediante solicitação e gratuitamente, nos Admitting and Emergency Departments (Departamentos de Internação e Emergência) do Hospital durante o processo de recepção e registro, por ocasião da alta e/ou enviados por correio. Além disso, esses materiais estarão disponíveis no site do Hospital (www.nyp.org). Da mesma forma, a notificação para os pacientes sobre esta Política será afixada em locais de evidência, com informações no idioma apropriado, nas áreas de emergência e internação do Hospital. Essas informações constarão das contas e extratos enviados aos pacientes, explicando a ajuda financeira que possa estar disponível para os pacientes qualificados e como obter mais informações.
2. Os formulários de requerimento devem deixar claro, por meio de aviso aos pacientes, que se apresentarem um requerimento completo, incluindo as informações ou os documentos necessários para determinação de sua qualificação para esta Política, o paciente não precisará pagar nenhuma conta até que o Hospital decida sobre o requerimento.

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 3 de 7

3. Para se candidatar a receber assistência, os pacientes podem solicitar um formulário de requerimento e enviá-lo totalmente preenchido durante qualquer fase do processo de faturamento e cobrança. As determinações quanto a esses requerimentos serão enviadas por escrito para os candidatos, assim que for viável após o requerimento completo ter sido apresentado, mas em todos os casos, no prazo de 30 (trinta) dias após o recebimento do requerimento pelo Hospital. Se forem necessárias mais informações sobre os candidatos para determinar sua qualificação, o Hospital deve solicitá-las no prazo de 30 (trinta) dias. Instruções impressas descrevendo como contestar uma recusa ou outra determinação adversa e as informações de contato com o New York State Department of Health devem constar da determinação adversa ou da recusa do requerimento.
4. Os candidatos devem fornecer informações/documentação que comprovem os requerimentos, incluindo entre outras, a documentação das informações contidas nos seus formulários de requerimento. Exemplos dessa documentação podem incluir, entre outros, contracheques, atestado de emprego, se for o caso, e o formulário 1040 do Internal Revenue Service (Receita Federal), comprovando a renda.
5. Os bens podem não ser levados em consideração.
6. O Hospital pode consultar e obter relatórios de terceiros, tais como agências de crédito, sobre determinados pacientes, para determinar se podem se qualificar presumidamente (qualificação presumida) para a Ajuda Financeira, de acordo com as seguintes condições limitadas:
 - a. O paciente recebeu alta do hospital
 - b. O paciente não tem cobertura de seguro, ou a cobertura está vencida
 - c. Um saldo acima de US\$ 300,00 continua devedor na conta do paciente
 - d. O paciente recebeu pelo menos uma conta e o prazo de pagamento da conta está vencendo, e
 - e. O paciente não se candidatou ou não preencheu um requerimento para Ajuda Financeira,
 - f. O paciente foi avisado por meio de uma declaração incluída numa conta de que o Hospital pode obter um relatório de crédito antes que um seja obtido
 - g. Os relatórios de crédito não serão usados para rejeitar os requerimentos de Ajuda Financeira.

O Hospital não informa a condição da conta do paciente para terceiros.

7. Os pacientes clínicos do Hospital serão avaliados por ocasião do registro inicial. Os requerimentos para os pacientes clínicos do Hospital serão preenchidos e as determinações serão tomadas como parte do processo de registro, a menos que mais informações sejam necessárias.

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 4 de 7

8. O Hospital não adiará nem recusará (ou exigirá pagamento antes da prestação) atendimento de emergência ou outra necessidade médica a um indivíduo que não tenha pagado uma ou mais contas anteriores dos serviços cobertos por esta Política.

B. Processo de recurso

1. Se um paciente não estiver satisfeito com a decisão sobre seu requerimento para Ajuda Financeira cabe-lhe o direito de recorrer, devendo, para tanto, apresentar seus motivos e toda a documentação comprobatória para o Director of Patient Accounts (doravante "Diretor"), ou para a pessoa por ele indicada, no prazo de 20 (vinte) dias da decisão.
2. O diretor terá 15 (quinze) dias úteis para examinar o recurso e responder ao paciente, por escrito.
3. Se o paciente continuar insatisfeito com a decisão do Diretor, ele poderá recorrer da decisão do Diretor, por escrito, incluindo os motivos e toda a documentação comprobatória e deverá enviá-los para o Vice President of Patient Financial Services ou outro nomeado pelo Hospital (Vice-Presidente).
4. O Vice-Presidente deverá apresentar sua decisão, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias após receber o recurso. A decisão do Vice-Presidente é absoluta.
5. Nenhuma atividade de cobrança deve ser praticada enquanto o recurso estiver em andamento.

C. Processo de pagamento

1. Observados os requisitos desta Política, o Hospital fornecerá atendimento gratuito ou por preço reduzido aos candidatos sem seguro ou aos candidatos, tanto indivíduos como famílias, que exauriram seus benefícios do seguro para um determinado serviço, incluindo entre outros, contas-poupança de saúde, pessoas com rendimentos inferiores a 600% do nível federal de pobreza mencionado nas Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income. Essas diretrizes são publicadas anualmente (diretrizes sobre renda em vigor por ocasião do recebimento do requerimento completo, e não na ocasião do serviço, serão aplicadas para determinar a qualificação) de acordo com a escala móvel de emolumentos para o ano em curso: "Sliding Fee Scale - Inpatient/Outpatient", "Behavioral Health Outpatient Clinic Sliding Fee Scale", e "Clinic Sliding Scale Fees" (Anexos B-1, B-2 e B-3).
2. O Hospital limitará os valores cobrados das pessoas que se qualificam para o programa de Ajuda Financeira aos valores geralmente cobrados (AGB, na sigla em inglês) nos casos de atendimento de emergência ou para outra necessidade médica das pessoas que têm seguro. O Hospital calcula o AGB usando o método prospectivo e baseia essa taxa nas taxas atuais do Medicaid para serviços

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 5 de 7

prestados no Estado de Nova York, estabelecidas pelo New York State Department of Health. Após a determinação de qualificação para a Ajuda Financeira, não é permitido cobrar da pessoa qualificada mais do que o AGB pelo atendimento de emergência ou cuidados médicos necessários. Para determinar os valores cobrados das pessoas qualificadas para a Ajuda Financeira, o Hospital deve aplicar ao AGB um método de desconto com escala móvel, de acordo com os Anexos B-1, B-2 e B-3, com base no tamanho e na renda da família dessa pessoa. Somente a título de exemplo, como hipótese, um paciente identificado como qualificado para a Ajuda Financeira, com três pessoas na família e renda de US\$ 35.000, seria cobrado 10% da taxa prevalente do Medicaid (AGB) que se aplica à hospitalização desse paciente, conforme o cálculo mostrado no Anexo B-1.

3. **Planos de pagamento parcelado.** Se um paciente não puder pagar o saldo devedor de uma conta, o Hospital tentará negociar com o paciente um plano de pagamento parcelado. Ao assim proceder, o Hospital pode levar em consideração o saldo devedor e a capacidade de pagamento do paciente.
 - a. Os planos de pagamento parcelado devem permitir o pagamento do saldo devedor no prazo de 6 (seis) meses.
 - b. O período de pagamento pode ser prorrogado por 6 (seis) meses se, a critério do Hospital, as circunstâncias financeiras do paciente justificarem a prorrogação.
 - c. A parcela mensal não deve exceder 10% (dez por cento) da renda mensal bruta do paciente.
 - d. Se o paciente deixar de pagar duas parcelas no vencimento e, posteriormente, deixar de pagar no prazo de 30 (trinta) dias, o saldo total deverá ser pago.
 - e. Se forem cobrados juros do paciente, a taxa de juros sobre o saldo devedor não poderá exceder a taxa de um título de noventa dias emitido pelo US Department of Treasury, mais 0,5% (meio por cento). Nenhum plano de pagamento em parcelas deve incluir cláusula de aceleração ou semelhante que imponha uma taxa de juros mais alta sobre uma parcela não paga.

4. **Depósitos.** Um paciente que busca atendimento médico e que é qualificado para a Ajuda Financeira não precisará fazer um depósito. Os depósitos feitos pelo paciente antes do requerimento de Ajuda Financeira serão incluídos como parte da consideração da solicitação. Se ficar determinado que esse paciente se qualifica para o atendimento gratuito, o depósito integral será restituído. Se ficar determinado que o paciente se qualifica para receber um desconto, todo saldo do depósito acima do que o paciente deve ao Hospital será restituído.

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 6 de 7

5. O Hospital manterá contabilidade do valor cobrado como Ajuda Financeira C em seus sistemas de contabilidade, de acordo com a lei aplicável do Estado de Nova York.
6. Deverá ser criado e implementado um mecanismo para determinar o grau de conformidade do Hospital com esta política.

D. Orientação/conscientização pública

1. A equipe do Hospital receberá instruções sobre a disponibilidade da Ajuda Financeira e sobre como direcionar os pacientes para informações sobre o requerimento. O Hospital deve, principalmente, fornecer treinamento sobre esta Política a toda a equipe do Hospital que tem contato com pacientes ou responsabilidade sobre o faturamento e a cobrança.
2. Os pacientes devem receber uma notificação sobre esta Política de acordo com o Procedimento A.1.
3. O Resumo, incluindo informações específicas sobre os níveis de renda empregados para determinar a qualificação para receber assistência, uma descrição da área primária de serviço do Hospital e como se candidatar para assistência, bem como a Política e o formulário de requerimento disponibilizados aos pacientes devem ser publicados no site do Hospital (www.nyp.org).
4. O Hospital comunicará a disponibilidade da Ajuda Financeira ao público em geral, às agências locais de saúde comunitária e serviços humanos, bem como a outras organizações locais que dão assistência às pessoas necessitadas. As medidas tomadas para informar às organizações sem fins lucrativos e órgãos públicos incluem:
 - a. Disponibilização da Política, resumo e formulários de requerimento aos líderes locais nos conselhos consultivos comunitários e conselhos de liderança, escolas selecionadas e organizações religiosas localizadas nas vizinhanças de cada campus do Hospital;
 - b. Reunião com as diretorias da comunidade local, organizações religiosas, organizações de serviços humanos e autoridades eleitas e suas equipes, para orientá-los sobre a Política;
 - c. Distribuição de cópias das políticas, resumo e formulário de requerimento em feiras de rua e outros eventos comunitários patrocinados pelo Hospital, dentro de sua área de atendimento.

E. Práticas e procedimentos de cobrança

1. O Hospital implementou práticas e procedimentos de cobrança visando promover o acesso do paciente ao atendimento de saúde de qualidade, e ao mesmo tempo minimizar as dívidas incobráveis do NewYork-Presbyterian Hospital. Esses procedimentos e práticas foram criados para promover as

NewYork-Presbyterian Hospital

Local: Todos os centros

Manual de Políticas e Procedimentos do Hospital

Número: C106

Página 7 de 7

atividades de cobrança de dívidas exercidas pelas cobradoras e por advogados em nome do Hospital, de acordo com as missões, valores e princípios do Hospital, incluindo entre outros, as Políticas de Ajuda Financeira do Hospital.

2. Os procedimentos e práticas de cobrança do Hospital constam de uma Política de Cobrança separada, de acordo com os requisitos da New York State Public Health Law (Seção 2807-k-9-a) e dos regulamentos do Internal Revenue Service (Seção 501[r]) do Internal Revenue Service Code. A Política de Cobrança está disponível em nossos escritórios de admissão ou em nosso site em www.nyp.org no botão Financial Aid, em inglês e em outros idiomas.

RESPONSABILIDADE: Serviços financeiros para pacientes

DATAS DA POLÍTICA:

Nova: abril de 2004

Revisão: 2005

Exame e revisão: 2006, 2007, 2010, **junho de 2014**

Revisão dos anexos: 21 de fevereiro de 2008; março de 2010; abril de 2011; março de 2012; junho de 2012, junho de 2014, junho de 2016, fevereiro de 2017

Revisão: 20 de outubro de 2015, maio de 2016, dezembro de 2017, **março de 2020**

Aprovações: Board of Trustees (Entidade Mantenedora)

ANEXO A

Área primária de serviço

Para o New York-Presbyterian/Columbia (incluindo o NYP/Morgan Stanley Children's), o New York-Presbyterian/Weill Cornell, o New York-Presbyterian/Allen e o New York-Presbyterian/Lower Manhattan, a área primária de serviço é formada por cinco condados da Cidade de Nova York.

Para o New York-Presbyterian/Westchester, a área primária de serviço é formada pelos seguintes condados: Westchester, Bronx, Orange, Putnam e Rockland.

Data: junho de 2014

**ANEXO B-1: ESCALA MÓVEL DE EMOLUMENTOS - ATENDIMENTO HOSPITALAR/AMBULATORIAL
DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE POBREZA DO HHS PARA RENDA NÃO AGRÍCOLA - ATÉ 600%**

PACIENTE PAGA	DE pediátrico: US\$ 0 DE adulto: US\$ 15		10% da taxa do Medicaid		20% da taxa do Medicaid		55% da taxa do Medicaid		90% da taxa do Medicaid		100% da taxa do Medicaid		NENHUM DESCONTO - COBRANÇAS DO HOSPITAL
	Hospital/amb. Cirurg./RM: US\$150 Demais não clínicos: 5% da taxa		101% - 200%		201% - 300%		301% - 400%		401% - 500%		501% - 600%		
% DIR. POBREZA GOV.	100%		101% - 200%		201% - 300%		301% - 400%		401% - 500%		501% - 600%		> 600%
TAMANHO FAMÍLIA	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	
1	\$12,760	\$12,760	\$25,520	\$25,520	\$38,280	\$38,280	\$51,040	\$51,040	\$63,800	\$63,800	\$76,560	\$76,560	
2	17,240	17,240	34,480	34,480	51,720	51,720	68,960	68,960	86,200	86,200	\$103,440	\$103,440	
3	21,720	21,720	43,440	43,440	65,160	65,160	86,880	86,880	108,600	108,600	\$130,320	\$130,320	
4	26,200	26,200	52,400	52,400	78,600	78,600	104,800	104,800	131,000	131,000	\$157,200	\$157,200	
5	30,680	30,680	61,360	61,360	92,040	92,040	122,720	122,720	153,400	153,400	\$184,080	\$184,080	
6	35,160	35,160	70,320	70,320	105,480	105,480	140,640	140,640	175,800	175,800	\$210,960	\$210,960	
7	39,640	39,640	79,280	79,280	118,920	118,920	158,560	158,560	198,200	198,200	\$237,840	\$237,840	
8	44,120	44,120	88,240	88,240	132,360	132,360	176,480	176,480	220,600	220,600	\$264,720	\$264,720	
Por cada pessoa a mais, adic.:	4,480											\$26,880	

Fonte: Federal Register notice for the 2020 Poverty Guidelines, publicado em 17 de janeiro de 2020

***CONSULTAS AMBULATORIAIS NÃO CLÍNICAS E CONSULTAS DE DENTISTA: REDUÇÕES CALCULADAS NA FORMA DE DESCONTO NAS TAXAS POR SERVIÇO**

***INTERNAÇÕES HOSPITALARES: REDUÇÕES CALCULADAS SOBRE OS ENCARGOS MAIS BAIXOS OU DO MEDICAID DRG**

AJUDA FINANCEIRA C106

ANEXO B-2: ESCALA MÓVEL DE EMOLUMENTOS - CLÍNICA AMBULATORIAL DE SAÚDE COMPORTAMENTAL
DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE POBREZA DO HHS PARA RENDA NÃO AGRÍCOLA - ATÉ 600%

Categoria	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J			
Taxa Consulta	CI Ped: 0																					
% Dir. Pobreza Fed.	CI adulto: US\$ 10		\$13		\$20		\$27		\$35		\$50		\$75		\$100		\$120		\$135			
	100%	101%	155%	156%	210%	211%	265%	266%	320%	321%	375%	376%	430%	431%	485%	486%	540%	541%	600%			
Tamanho da família / Renda	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	> que	< que ou =	
1	\$12,760	\$12,760	\$19,778	\$19,778	\$26,796	\$26,796	\$33,814	\$33,814	\$40,832	\$40,832	\$47,850	\$47,850	\$54,868	\$54,868	\$61,886	\$61,886	\$68,904	\$68,904	\$76,560	\$76,560	\$76,560	\$76,560
2	17,240	17,240	26,722	26,722	36,204	36,204	45,686	45,686	55,168	55,168	64,650	64,650	74,132	74,132	83,614	83,614	93,096	93,096	103,440	103,440	103,440	103,440
3	21,720	21,720	33,666	33,666	45,612	45,612	57,558	57,558	69,504	69,504	81,450	81,450	93,396	93,396	105,342	105,342	117,288	117,288	130,320	130,320	130,320	130,320
4	26,200	26,200	40,610	40,610	55,020	55,020	69,430	69,430	83,840	83,840	98,250	98,250	112,660	112,660	127,070	127,070	141,480	141,480	157,200	157,200	157,200	157,200
5	30,680	30,680	47,554	47,554	64,428	64,428	81,302	81,302	98,176	98,176	115,050	115,050	131,924	131,924	148,798	148,798	165,672	165,672	184,080	184,080	184,080	184,080
6	35,160	35,160	54,498	54,498	73,836	73,836	93,174	93,174	112,512	112,512	131,850	131,850	151,188	151,188	170,526	170,526	189,864	189,864	210,960	210,960	210,960	210,960
7	39,640	39,640	61,442	61,442	83,244	83,244	105,046	105,046	126,848	126,848	148,650	148,650	170,452	170,452	192,254	192,254	214,056	214,056	237,840	237,840	237,840	237,840
8	44,120	44,120	68,386	68,386	92,652	92,652	116,918	116,918	141,184	141,184	165,450	165,450	189,716	189,716	213,982	213,982	238,248	238,248	264,720	264,720	264,720	264,720
Por cada pessoa a mais, adic.	4,480																					26,880

Fonte: Federal Register notice for the 2020 Poverty Guidelines, publicado em 17 de janeiro de 2020

AJUDA FINANCEIRA C106

ANEXO B-3: ESCALA MÓVEL DE EMOLUMENTOS CLÍNICOS
DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE POBREZA DO HHS PARA RENDA NÃO AGRÍCOLA - ATÉ 600%

CATEGORIA	A		B		C		D		E		F		W
TAXA CONSULTA	Clínica Ped/Pré-natal: 0 Clínica adulto: US\$ 10		\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		SEM DESC.
% DIRETRIZ POBR. FEDERAL	100%		101%-200%		201%-300%		301% - 400%		401%-500%		501% - 600%		> 600%
Tamanho da família renda	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	< QUE OU =	> QUE	
1	\$12,760	\$12,760	\$25,520	\$25,520	\$38,280	\$38,280	\$51,040	\$51,040	\$63,800	\$63,800	\$76,560	\$76,560	
2	17,240	17,240	34,480	34,480	51,720	51,720	68,960	68,960	86,200	86,200	103,440	103,440	
3	21,720	21,720	43,440	43,440	65,160	65,160	86,880	86,880	108,600	108,600	130,320	130,320	
4	26,200	26,200	52,400	52,400	78,600	78,600	104,800	104,800	131,000	131,000	157,200	157,200	
5	30,680	30,680	61,360	61,360	92,040	92,040	122,720	122,720	153,400	153,400	184,080	184,080	
6	35,160	35,160	70,320	70,320	105,480	105,480	140,640	140,640	175,800	175,800	210,960	210,960	
7	39,640	39,640	79,280	79,280	118,920	118,920	158,560	158,560	198,200	198,200	237,840	237,840	
8	44,120	44,120	88,240	88,240	132,360	132,360	176,480	176,480	220,600	220,600	264,720	264,720	
Por cada pessoa a mais, adic.:	4,480											26,880	

Fonte: Federal Register NOTICE FOR THE 2020 Poverty Guidelines, publicado em 17 de janeiro de 2020

AJUDA FINANCEIRA C106

ANEXO C

New York-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Morgan Stanley Children's Hospital

New York-Presbyterian Hospital/The Allen Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Lower Manhattan Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Westchester Division