

# A.O. Fox Hospital–Tri-Town Campus

## Política de Asistencia Financiera y solicitud De enero a diciembre de 2024

A.O. Fox Hospital–Tri-Town Campus proporciona un descuento estándar determinado anualmente a todos los pacientes que no estén cubiertos por servicios médicamente necesarios. El descuento del 56 % para 2023 se aplica automáticamente y se refleja en su estado de cuenta. En caso de que necesite asistencia adicional para cubrir sus facturas médicas, le recomendamos encarecidamente que solicite Asistencia Financiera utilizando la solicitud que se proporciona a continuación.

La Política de Asistencia Financiera de A.O. Fox Hospital–Tri-Town Campus proporciona atención gratuita o con descuento a personas sin seguro y subaseguradas y familias que tienen dificultades para pagar el costo total de su atención médica, incluido el tratamiento médico de emergencia. El tratamiento médico de emergencia y los servicios médicamente necesarios se proporcionan en todos los casos, independientemente de la incapacidad de pago de una persona. Para que podamos servir a tantas personas como sea posible en virtud de este programa, los solicitantes deben cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad. Todos los pacientes de Bassett Healthcare pueden presentar una solicitud al Programa de Asistencia Financiera, independientemente de la ubicación de su residencia. Esta no es una póliza de seguro médico y no cumple con los criterios para un plan de salud calificado en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Recomendamos encarecidamente y ofrecemos asistencia para solicitar una cobertura de seguro a largo plazo si se determina que es elegible. La solicitud solo es válida para los plazos aprobados especificados a continuación. Hay solicitudes independientes disponibles para cada hospital de Bassett Healthcare Network.

### ¿Qué servicios no están cubiertos por esta política?

Los servicios excluidos del Programa de Asistencia Financiera son los siguientes:

- Farmacia
- Audífonos y equipos médicos duraderos
- Cirugía oral
- Cualquier fecha de servicio más de doscientos cuarenta (240) días antes del envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta hospitalaria
- Servicios prestados en A.O. Fox Hospital–Tri-Town Campus por médicos que no sean de Bassett u otros proveedores de atención médica externos. Actualmente, todos los servicios médicos prestados en A.O. Fox Hospital–Tri-Town Campus están cubiertos por esta política. También puede comunicarse con el hospital al (607) 547-3480 o al 1-800-642-0455 o visitar [www.bassett.org](http://www.bassett.org) si tiene preguntas sobre si los servicios de su médico están cubiertos por esta política.
- Anteojos/lentes de contacto
- Atención odontológica de rutina (las primeras prótesis postextracción están cubiertas)
- Cirugía cosmética

### ¿Cuáles son los requisitos para recibir asistencia financiera?

A fin de calificar para recibir asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera, los servicios y la solicitud deben cumplir con los siguientes requisitos:

#### Asistencia para centros no aprobados por la Corporación de Servicios de Salud Nacional:

- Solicitud de Medicaid del estado de Nueva York (para obtener ayuda para solicitar Medicaid del estado de NY, visite <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>, comuníquese con la Línea de ayuda de Medicaid al (800) 541-2831 o comuníquese con la oficina de Asesoramiento Financiero de Bassett Healthcare Network al (607) 547-3093
- Tamaño del hogar
- Ingresos del hogar

#### Para los centros aprobados por la Corporación de Servicios de Salud Nacional (para obtener una lista de todas las ubicaciones aprobadas por la Corporación de Servicios de Salud Nacional, visite [www.bassett.org](http://www.bassett.org))

- Ingresos del hogar
- Tamaño del hogar

Se aceptarán solicitudes de asistencia financiera para servicios futuros dentro de los 60 días posteriores a la fecha de solicitud, limitados a servicios programados no excluidos del programa. También son elegibles los servicios previos que se hayan brindado no más de 240 días antes de la fecha de envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta hospitalaria.

Los ingresos brutos anuales del hogar de su familia no superan el 300 % de los siguientes límites federales de pobreza (federal poverty limits, FPL) y usted está sin seguro\* o los ingresos brutos anuales del hogar de su familia no superan el 200 % de los siguientes límites federales de pobreza (FPL) y usted está asegurado\*

Tamaño del hogar	Medicaid (100-138 %)		NYS Essential Plan (139-		Subsidio federal (139-400 %)				
	100 %	133 %	138 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %
1	\$15,060	\$20,030	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$52,710	\$60,240
2	\$20,440	\$27,185	\$28,207	\$30,660	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$71,540	\$81,760
3	\$25,820	\$34,341	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$90,370	\$103,280
4	\$31,200	\$41,496	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$109,200	\$124,800
5	\$36,580	\$48,651	\$50,480	\$54,870	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$128,030	\$146,320
6	\$41,960	\$55,807	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$146,860	\$167,840
7	\$47,340	\$62,962	\$65,329	\$71,010	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$165,690	\$189,360
8	\$52,720	\$70,118	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$184,520	\$210,880
Cada persona adicional, añadir	\$5,380	\$7,155	\$7,424	\$8,070	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$18,830	\$21,520
			MCD		ESS PLAN		Limite de FAP		

**Nota:** Cualquier solicitante que tenga ingresos verificados por debajo del límite federal de pobreza (FPL), según se indica en la tabla

**incluida, es elegible para recibir asistencia financiera siempre y cuando se cumplan todos los requisitos del programa. Si bien todos los solicitantes deben completar todas las secciones de la solicitud y cumplir con todos los requisitos del programa, A.O. Fox Hospital - Tri-Town Campus se reserva el derecho, a su entera discreción, de no aplicar requisitos de la solicitud por causa suficiente y demostrada de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables.**

## ¿Cómo solicito asistencia financiera?

Una solicitud de asistencia financiera requiere lo siguiente:

- Una solicitud completa, firmada y fechada (incluida).
- Todos los solicitantes pueden ignorar cualquier facturación recibida durante el período posterior a la presentación de su solicitud hasta que se haya tomado una decisión final con respecto a la elegibilidad.
- Verificación de ingresos. Proporcione documentación de sus ingresos con su solicitud. La documentación utilizada comúnmente incluye recibos de sueldo o declaraciones de beneficios. Puede proporcionar su declaración de impuestos, pero no tiene la obligación de corroborar sus ingresos con ella. En caso de cambios recientes en sus ingresos (debido a la pérdida del empleo, etc.), puede presentar una verificación adicional de los ingresos para el período de seis meses inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud. Tenga en cuenta que si usted es un empleado independiente y ha presentado una declaración de impuestos, es posible que no se tengan en cuenta algunas deducciones al calcular sus ingresos y elegibilidad para este programa.

## ¿Cómo sabré si me aprobaron para recibir asistencia financiera?

Se le enviará una carta de Determinación de Asistencia Financiera dentro de los 30 días posteriores a la finalización y presentación de toda la documentación requerida, en la que se le informará nuestra determinación de su solicitud. Una solicitud aprobada de asistencia financiera creará un gravamen a favor de A.O. Fox Hospital—Tri-Town Campus contra los ingresos procedentes de cualquier demanda o reclamación por lesiones personales relacionada con los servicios hospitalarios enumerados en la solicitud. La Política de Asistencia Financiera se aplicará a cualquier cargo, copago o deducible restante después de que se hayan pagado los pagos y liquidaciones del seguro.

## ¿Puedo apelar una denegación de asistencia financiera?

Las denegaciones de asistencia financiera pueden apelarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la denegación, para lo cual se debe enviar una declaración de apelación por escrito con cualquier material de respaldo a:

**Financial Assistance Program  
Bassett Healthcare Network  
Attention: Financial Assistance Appeal  
One Atwell Road  
Cooperstown, NY 13326**

## ¿Qué otros programas están disponibles?

Nueva York cuenta con varios programas de seguros patrocinados por el gobierno que incluyen, entre otros, Medicaid, Child Health Plus, Healthy NY y Prenatal Care Assistance (PCAP). Puede encontrar información y una lista completa de programas en <http://www.health.state.ny.us>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para obtener información sobre estos programas. Puede encontrar información sobre los planes de salud disponibles ofrecidos a través del Mercado de Salud del Estado de Nueva York en: <http://www.nystateofhealth.ny.gov> o llamando al 1-855-355-5777 (llamada gratuita).

## ¿Con quién puedo comunicarme para obtener más información o asistencia con mi solicitud?

Las solicitudes se pueden descargar desde [www.bassett.org](http://www.bassett.org), para lo cual debe hacer clic en "Asistencia financiera" y seleccionar el centro adecuado de Bassett Healthcare Network. Comuníquese con los representantes de cuentas de A.O. Fox Hospital—Tri-Town Campus al (607)-547-3093 o al 1-(800)-642-0455 (llamada gratuita) para obtener más información o para solicitar una copia gratuita de la política y la solicitud, o para solicitarla. Se debe enviar una solicitud completa con los materiales de respaldo a:

**Financial Assistance Program  
Bassett Healthcare Network  
One Atwell Road  
Cooperstown, NY 13326**

## ¿Qué opciones tengo a mi disposición si no soy elegible para recibir asistencia financiera?

Política de facturación y cobro: En cualquier momento dentro de los 240 días posteriores al envío por correo del primer estado de cuenta, una parte responsable elegible puede completar una solicitud para nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Nosotros, así como nuestros socios de facturación y cobro, hacemos todo lo razonablemente posible para ayudar a los pacientes y a las partes responsables a resolver sus saldos pendientes. Todas las partes responsables recibirán estados de cuenta con posterioridad a la derivación de la cuenta a la agencia de facturación de autopago del hospital. En caso de que la parte responsable no pueda remitir el pago completo del saldo pendiente, la parte responsable puede celebrar un acuerdo de pago mensual a plazos sin intereses aprobado. Todos los acuerdos de pago a plazos aprobados se confirmarán con la parte responsable por escrito.

## Definiciones:

- **Sin seguro:** No cubierto por un seguro
- **Subasegurado:** Inadecuadamente cubierto por un seguro
- **Familia:** Utilizando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente indica a una persona como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, se le puede considerar dependiente a los efectos de la Política de Asistencia Financiera.
- **Hogar:** El hogar, en lo que se refiere a los ingresos del hogar, definidos por la Oficina del Censo, incluirá a cualquier persona mayor de 15 años que viva en el hogar
- **Ingresos del hogar:** Los ingresos del hogar se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza las siguientes fuentes de ingresos:
  - ♦ ganancias/salarios, compensación por desempleo, indemnización laboral, Seguro Social, Ingresos de Seguridad Complementaria, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos sucesorios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas;
  - ♦ los beneficios no monetarios (como cupones para alimentos y subsidios para viviendas) no cuentan;
  - ♦ se determinan antes de impuestos;
  - ♦ excluyen las ganancias o pérdidas de capital; y
  - ♦ si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia que viven juntos como parte de una unidad unifamiliar. No se incluye un inquilino o huésped.

# SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN VIRTUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TELÉFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_

EMPLEADOR (Solicitante): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE (si corresponde): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

EMPLEADOR (cónyuge, si corresponde): \_\_\_\_\_

TAMAÑO DE LA FAMILIA (incluido el solicitante): \_\_\_\_\_  
INGRESOS DEL HOGAR DE LA FAMILIA ANTES DE IMPUESTOS: (Últimos 6 meses) \$\_\_

EDAD DE LOS HIJOS: \_\_\_\_\_

VERIFICACIÓN DE INGRESOS:  Recibos de sueldo  Declaraciones de impuestos  Declaraciones de beneficios  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**\*Los comprobantes de ingresos pueden incluir uno o más de los siguientes: copias de recibos de sueldo, declaraciones de impuestos estatales y federales actuales, declaraciones de beneficios o documentación de cualquier otro ingreso con su solicitud.**

SEGURO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR U OTRO SEGURO (aplicable para servicios proporcionados en ubicaciones no aprobadas por la Corporación de Servicios de Salud Nacional):

¿Usted o su cónyuge tienen acceso a un seguro de salud patrocinado por el empleador o de otro tipo?  Sí  NO

Si la respuesta es "Sí", costo mensual estimado del seguro de salud patrocinado por el empleador/de otro tipo: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", nombre, dirección y número de teléfono del empleador/otra agencia que ofrece el seguro médico: \_\_\_\_\_

**\*Adjunte documentación de respaldo que verifique los costos, las opciones disponibles y la inscripción.**

RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD (aplicable solo a servicios proporcionados en ubicaciones no aprobadas por la Corporación de Servicios de Salud Nacional): ¿Se ha iniciado una demanda u otra reclamación basada en estos servicios, o se contempla una demanda o reclamación?

Sí /  No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre y la dirección del abogado: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona responsable: \_\_\_\_\_

*Certifico que la información anterior es verdadera y completa, a mi leal saber y entender. Entiendo que hay asistencia disponible a través de Bassett Healthcare Network para ayudarme con solicitudes pendientes de asistencia financiera o cobertura de terceros (Medicaid, Medicare, seguro, etc.). Si esas opciones están disponibles para el pago de estos cargos hospitalarios y/o médicos, entiendo que debo tomar las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia. Si se me concede algún ingreso derivado de la cobertura de terceros, como un acuerdo por accidente o una demanda civil, cederé esos ingresos al hospital independientemente de cuándo se reciba el pago. Sin embargo, dicho pago o gravamen es solo en la medida de los cargos, o de cualquier restitución, lo que sea menor.*

*Al presentar esta solicitud, por la presente otorgo un gravamen a A.O. Fox Hospital—Tri-Town Campus sobre los ingresos de cualquier restitución que se me pague a mí, o en mi beneficio, o al paciente, o en beneficio del paciente, como resultado de cualquier demanda civil, arbitraje o reclamación relacionada con estos cargos. El/los solicitante(s) autorizan por la presente a A.O. Fox Hospital—Tri-Town Campus a llevar a cabo una investigación razonable sobre la disponibilidad del seguro médico patrocinado por el empleador, incluida la comunicación con los empleadores de los solicitantes.*

Si posteriormente se determina que alguna información que he proporcionado en relación con esta solicitud es incorrecta o está incompleta, la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera se volverá a evaluar en función de la información correcta o adicional, y es posible que se me considere responsable del pago de cualquier servicio que anteriormente se consideraba elegible en virtud del Programa de Asistencia Financiera.

Firma: \_\_\_\_\_

Con fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_



Bassett Healthcare Network

6388 1/10;2/11;2/12;2/13;3/14;3/15;3/16;3/17;2/18;2/19;2/20;5/21;2/22;8/22;2/23;5/23;2/24 (f:\forms\tri-town\pub)

# Política y solicitud de asistencia financiera



*Un recurso útil para los pacientes que necesitan asistencia financiera*



**Bassett Healthcare Network**  
**A.O. Fox Hospital**

43 Pearl Street West  
Sidney, NY 13838  
(607) 563-7080  
[www.bassett.org](http://www.bassett.org)



**Bassett Healthcare Network**  
**A.O. Fox Hospital**

**2024**