**Bassett Healthcare Network**

AO Fox Hospital, AO Fox Hospital, Tri-Town, Bassett Medical Center, Bassett Medical Group, Cobleskill Regional Hospital, Little Falls Hospital, O’Conner Hospital

Número de registro médico:

**Solicitud de asistencia económica uniforme para hospitales del estado de Nueva York**

Puede ser elegible para recibir asistencia económica del hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro expiró o si tiene seguro médico, pero tiene un comprobante por haber pagado gastos médicos que sumen más del 10 % de sus ingresos. Si completa este formulario, iniciará su solicitud de asistencia económica del hospital. Este formulario se utiliza en todos los hospitales del estado de Nueva York.

*Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales1 que hablan los pacientes que atiende el hospital.*

**Nombre del paciente (complete la información que corresponda)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido) | | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | | |
| Dirección | N.º de apartamento/unidad | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| N.º de teléfono de contacto |  |  |
| Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado) | | |
| Dirección de correo electrónico (si tiene) | | |

**Información familiar:**

A continuación, enumere a todos los miembros de su familia. Esto incluye a usted mismo, a su cónyuge o pareja de hecho, y a cualquier hijo u otro dependiente. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto es su ingreso **antes** de que se deduzcan los impuestos.

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

1 “Idiomas principales” incluye cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital, según se calcule con la información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Relación** | **Ingreso bruto total (actual)** |
|  | Yo mismo |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de ingresos; algunos ejemplos de documentación pueden incluir un recibo de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o un Formulario 1040.

**Estado del seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluido Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “No”, ¿le gustaría recibir asistencia para solicitar alguno de estos programas?

☐ Sí ☐ No

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos altos.** Si tiene un seguro, proporcione un monto estimado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

$

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de los gastos médicos que pagó.

**Paciente o parte responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).**

Comprendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico

que la información anterior es verdadera y completa, a mi leal saber y entender.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre en letra de imprenta  Relación con el paciente | Fecha |
| Firma |  |

**Elegibilidad mínima y pautas**

**Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad**

• Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.

• No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobrar mientras su solicitud esté pendiente.

• Si se le niega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Puede tener derecho a apelar el monto de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.

• Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de su primera factura.

• Los hospitales tienen prohibido tomar medidas legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar las facturas médicas impagas para los pacientes por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los niveles de pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

• Toda la información que se proporciona en esta solicitud solo se utilizará por el hospital para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.

• Un hospital no puede denegarle los servicios médicamente necesarios porque usted tiene una factura médica pendiente.

• Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina de asistencia financiera de Bassett Healthcare Network al (607-547-3093).

• Si necesita asistencia adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con los defensores de la salud comunitaria: 888-614-5400.

**Elegibilidad**

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de pacientes para descuentos en los pagos con niveles de ingresos superiores a los que se detallan a continuación, ni para proporcionar descuentos mayores en los pagos para los pacientes elegibles que los requeridos por la Ley de Salud Pública. Además, la condición migratoria no será un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

• personas de bajos ingresos sin seguro médico;

• personas con seguro insuficiente (costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que ascienden a más del diez por ciento del ingreso bruto anual de dicha persona);

• personas que hayan agotado sus beneficios de seguro médico y que puedan demostrar una incapacidad para pagar los cargos completos; o

• persones que, a criterio del hospital, puedan demostrar una incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que se encuentren en hasta el 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir asistencia financiera.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 de descuento mínimo**

Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala de tarifas variable de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nivel de ingresos** | **Pago** |
| **Por debajo del 200 % del límite federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)** | Renuncia a todos los cargos |
| **200 % - 300 % del FPL** | Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente. |
| **301 % - 400 % del FPL** | Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 20 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente. |

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos para los pacientes elegibles u ofrecer descuentos en el pago para los pacientes con niveles de ingresos más altos.

**Planes de pago a plazos**

Los planes de pago a plazos están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de su ingreso bruto mensual, y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo impago, si corresponde, no debe exceder el 2 %.

**Solicitud de prueba de ingresos familiares**

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas en la misma declaración de impuestos (declarante de impuestos, cónyuge y dependientes impositivos) en el cálculo del ingreso familiar.

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de falta de ingresos familiares si no tiene ingresos.

Y puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del Estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que brindar al hospital ninguna otra información sobre ingresos que se indica a continuación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si el hogar recibe:** | **Monto por mes:** | **El solicitante puede proporcionar:** |
| Salarios | $ | Proporcione un recibo de sueldo o una carta del empleador con el membrete de la compañía, firmada y fechada, o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente. |
| Pago del Seguro Social | $ | Copia de la carta o el certificado de adjudicación, o de la correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov. |
| Compensación por desempleo | $ | Copia de la carta/certificado de adjudicación, o declaración de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o Copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o Correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o Impresión de la información de la cuenta del destinatario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us). |
| Pago por discapacidad | $ | Copia de la carta o el certificado de adjudicación, o de la correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios  anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov. |
| Compensación del trabajador | $ | Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque. |
| Manutención alimenticia o ayuda infantil | $ | Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques o recibos cobrados |
| Dividendos o intereses | $ | Estados de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes. |
| Otro | $ | Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, efectivo para trabajos extra, etc. |
| Sin ingresos | $0 | Declaración firmada de falta de ingresos. |