

## **Solicitud uniforme de asistencia económica hospitalaria del Estado de Nueva York**

Usted puede ser elegible para la asistencia económica hospitalaria para pagar sus facturas si está asegurado, si su seguro se ha agotado o si tiene seguro de salud, pero tiene justificantes de gastos médicos pagados que superan el 10 % de sus ingresos. Para dar inicio a su solicitud de asistencia económica hospitalaria, debe completar este formulario. Todos los hospitales en el Estado de Nueva York usan este formulario.

*Esta solicitud debe imprimirse en los principales<sup>1</sup> idiomas de los pacientes atendidos en el hospital.*

### **Nombre del paciente (complete con la información correspondiente)**

Nombre del paciente (nombre de pila, segundo nombre y apellido)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección		Nº de departamento/unidad
Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico de contacto		
Nombre del parente/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o adulto discapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

### **Información de la familia:**

A continuación enumere a todos los miembros de familia en su hogar. Su hogar le incluye a usted, a su cónyuge o concubino e hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que aparezcan bajo la misma declaración de impuestos.

Ingresa bruto significa que se deducen sus ingresos **antes** de impuestos.

El ingreso bruto puede consistir en las ganancias por trabajo (sueldos, salarios, propinas, ganancias de trabajo por cuenta propia), ganancias que no son fruto de trabajo (seguridad social, discapacidad y beneficios de desempleo), aportes (fondos de la familia o amigos) u otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y Seguridad de Ingreso Suplementario).

Nombre completo	Parentesco	Ingresa bruto total (actual)
	Usted	

Puede que el hospital le pida que presente documentación de constancia de ingresos; por ejemplo, podría ser el talón de pago, una carta de su empleador si corresponde, o el Formulario 1040.

<sup>1</sup> Los «idiomas principales» incluyen cualquier idioma que se use para comunicarse en al menos el 5 % de las consultas médicas por año o cualquier idioma hablado por más del 1 % de la población del área de atención hospitalaria principal, como se calcule usando la información demográfica disponible en la Oficina de Censos de los Estados Unidos, complementado con los datos de los sistemas escolares.

### Estado del seguro de salud

¿Cuenta con algún tipo de seguro de salud, incluidos Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que haya comprado por su cuenta?  Sí  No

Si su respuesta es «no», ¿desearía asistencia para solicitar cualquiera de estos programas?

Sí  No

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

\$

Puede que el hospital le pida presentar documentación de constancia de los gastos médicos pagados.

**Paciente/persona responsable: Si no es el paciente, mencione el nombre de la persona que firma este formulario y su autorización para firmar a nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, parentesco, representante legal).**

Entiendo que la información que presenté puede ser objeto de verificación por fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Nombre del paciente	Fecha:
Parentesco con el paciente	
Firma	

## Elegibilidad y directrices mínimas

### Cronograma de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia económica 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 económica. Es posible que los hospitales no envíen cuentas para cobros mientras su solicitud esté pendiente.
- Si le deniegan la asistencia económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Puede tener derecho a apelar contra el monto de su asistencia económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas no pagadas a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar acciones legales, incluida la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas no pagadas para pacientes debajo del 400 % del nivel de pobreza federal. Aquí se pueden encontrar las directrices de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toda información que se brinde en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar su elegibilidad para la asistencia económica y permanecerá confidencial hasta donde lo permita la ley.
- Un hospital no puede denegarle servicios médicamente necesarios porque tenga una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita asistencia con esta solicitud, póngase en contacto con la oficina de asistencia económica de UVM Health Network al (802) 847-8000 o (800) 639-2719.
- Si necesita asistencia adicional con esta solicitud o ayuda para apelar contra una decisión, puede contactarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital de establecer la elegibilidad de un paciente para descuentos de pago a niveles de ingresos superiores a los que se especifican a continuación y/o de brindar descuentos de pagos mayores para pacientes elegibles que aquellos que la Ley de Salud Pública lo exige. Además, el estatus migratorio no debe ser un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas con bajos ingresos sin seguro de salud;
- personas no aseguradas (costos médicos de gastos extras acumulados en los últimos doce meses que sumando superan el diez por ciento del ingreso bruto anual de esa persona); o
- aquellos que han agotado sus beneficios de seguro de salud, y que pueden demostrar su incapacidad de pagar la totalidad de los gastos; o
- a la discreción del hospital, las personas que puedan demostrar su incapacidad de pagar su copago y/o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas hasta el 400 % del nivel de pobreza federal son elegibles para asistencia económica.

<b>Niveles de Pobreza Federal (2026)</b>			
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>200 %</b>	<b>300 %</b>	<b>400 %</b>
1 persona	\$31 920	\$47 880	\$63 840
2 personas	\$43 280	\$64 920	\$86 560
3 personas	\$54 640	\$68 300	\$109 280
4 personas	\$66 000	\$99 000	\$132 000
5 personas	\$77 360	\$116 040	\$154 720
6 personas	\$88 720	\$133 080	\$177 440
7 personas	\$100 080	\$150 120	\$200 160

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

### Tipos mínimos de descuento

Si cumple con los requisitos para asistencia económica, sus cargos se reducirán según sus ingresos en una escala de tarifas a continuación:

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Por debajo del 200 % del NPF</b>	Exonerar todos los cargos
<b>200 % - 300 % del NPF</b>	<p>Pacientes no asegurados: tarifa ajustable hasta el 10 % del monto que se habría pagado por el servicio(s) prestado(s) por Medicaid.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de ese paciente.</p>
<b>301 % - 400 % del NPF</b>	<p>Pacientes no asegurados: tarifa ajustable hasta el 20 % del monto que se habría pagado por el servicio(s) prestado(s) por Medicaid.</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de ese paciente.</p>

### Planes de pagos a plazos

Los planes de pagos a plazos están disponibles para pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida en una sola vez. Los pagos mensuales no pueden exceder el 5 % de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo pendiente, si tiene, no deberá exceder el 2 %.

### Solicitud de constancia de ingreso familiar

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

Lo siguiente es una lista de documentos que puede usarse como constancia de sus ingresos. No es necesario que presente todos estos documentos. También puede presentar una declaración de que no tiene ingresos familiares si no los tiene.

También podría presentar la página de determinación de Elegibilidad del NY State of Health Marketplace. Si cuenta con ese documento, no es necesario que presente otra información de ingresos mencionada a continuación al hospital.

<b>Si la familia recibe:</b>	<b>Monto por mes:</b>	<b>El solicitante puede presentar:</b>
Salarios	\$	Presente un talón de cheque o carta del empleador con membrete de la empresa, firmado y fechado, o la declaración de impuestos presentada más recientemente.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos, o carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de concesión o la declaración de beneficios mensuales del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con copia impresa, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o copia impresa de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del mismo Departamento ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de concesión o 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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación por accidentes de trabajo	\$	Copia de la carta de concesión o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de un menor	\$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o estados de 1 mes
Otro	\$	Carta declarando el monto de ganancias no salariales (si existe), tales como ingresos por alquiler, dinero por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de que no percibe ingresos.