

## Solicitação de Assistência Financeira do NYS Uniform Hospital

Você pode ser elegível para a assistência financeira do hospital para pagar as suas contas nos seguintes casos: você não tem um seguro; o limite do seu seguro já foi excedido; ou você tem um seguro de saúde, mas tem comprovante de despesas médicas pagas que excedem mais de 10% de sua renda. Preencher esse formulário é o primeiro passo para a sua solicitação de assistência financeira do hospital. Esse formulário é usado por todos os hospitais do Estado de Nova York.

*Essa solicitação deve ser impressa nos idiomas mais falados<sup>1</sup> pelos pacientes atendidos pelo hospital.*

### **Nome do Paciente (complete as informações que sejam aplicáveis)**

Nome do Paciente (Primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		
Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço	Número do apartamento/unidade	
Cidade	Estado	CEP
Número de Telefone de Contato		
Pai/Guardião ou Representante Legal (quando o paciente for menor de idade ou um adulto incapaz)		
Endereço de e-mail (se houver)		

### **Informações de Família:**

Liste a seguir todos os residentes do seu lar. Inclua a si próprio, seu cônjuge ou parceiro(a), e seus filhos ou outros dependentes. Por exemplo, deve incluir todos os abrangidos pelo mesmo contribuinte fiscal.

Renda bruta significa a sua renda **antes** da dedução dos impostos.

A renda bruta pode consistir de ganhos de trabalho (ordenados, salários, gorjetas, ganhos de trabalho autônomo), rendimento não salarial (seguro social, auxílio por deficiência e benefícios não relacionados com o emprego), contribuições (fundos de família ou amigos) e outras fontes de renda (assistência temporária e renda de segurança suplementar).

Nome Completo	Relacionamento	Renda Bruta Total (atual)
	Autônomo	

<sup>1</sup> "Idiomas mais falados" abrangem qualquer idioma usado para comunicar-se em, pelo menos, 5% das consultas de pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população local servida pelo hospital, como calculado através de informações demográficas disponíveis do escritório do censo dos Estados Unidos, suplementadas por dados dos sistemas escolares.

O hospital pode solicitar o envio de documentação como comprovantes de renda, os exemplos de documentação são: holerite, uma carta do seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.

#### **Status do Seguro de Saúde**

Você tem alguma forma de seguro de saúde, incluindo Medicaid, Medicare, ou um seguro particular através do seu empregador ou adquirido por você mesmo?  Sim  Não

Se você respondeu “Não”, você gostaria de receber assistência para candidatar-se a qualquer um desses programas?  Sim  Não

**Pacientes com seguro insuficiente: pessoas com seguro, mas despesas médicas muito altas.** Se você tiver seguro, forneça uma estimativa das contas médicas pagas nos últimos 12 meses.

\$

O hospital pode solicitar o envio de sua documentação comprovando as despesas médicas pagas.

**Paciente/Parte Responsável: Se você não é o paciente, liste o nome da pessoa que assina o formulário e a sua posição de autoridade para assinar em benefício do paciente (por exemplo, cônjuge, parente, representante legal).**

Eu entendo que as informações enviadas por mim estão sujeitas à verificação de fontes externas. Eu certifico que as informações são verdadeiras e completas no meu entendimento.

Nome do Paciente	Data:
Relacionamento com o Paciente	
Assinatura	

## Elegibilidade mínima e Diretrizes

### Cronograma da Aplicação, Direitos do Paciente e Confidencialidade

- Você pode solicitar uma assistência financeira em qualquer momento durante o processo da cobrança.
- Você não tem que fazer nenhum pagamento ao hospital até que receba uma decisão a respeito da sua solicitação de assistência financeira. Os hospitais não podem encaminhar contas para a cobrança enquanto essa sua solicitação estiver pendente.
- No caso de não ser concedida uma assistência financeira para você, você poderá exercer o direito de apelação. As informações de como pedir a apelação estarão incluídas na notificação do hospital que você receberá. Você tem o direito de apelar por uma quantia para a sua assistência financeira. O hospital incluirá na carta de decisão do hospital as informações sobre como deve ser feita essa apelação.
- Os hospitais não podem enviar as contas não pagas para um agente de cobrança por, no mínimo, 180 dias após a primeira conta.
- Hospitais são proibidos de tomar uma ação legal, incluindo qualquer solicitação judicial a fim de recuperar contas médicas não pagas, de pacientes que estão 400% abaixo do nível de pobreza do país. Os pormenores do índice de pobreza podem ser encontrados aqui:  
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Qualquer informação fornecida nessa solicitação será somente utilizada pelo hospital para determinar a sua elegibilidade a assistência financeira e permanecerá em confidencialidade até a extensão permitida pela lei.
- Um hospital não pode negar a você serviços de necessidade médica devido a qualquer conta médica pendente.
- Caso você precise de uma ajuda com essa solicitação, entre em contato com o escritório de assistência financeira da UVM Health Network em (802) 847-8000 ou (800) 639-2719.
- Se você precisar de assistência adicional com essa solicitação ou na apelação da decisão, você pode entrar em contato com os Defensores da Saúde da Comunidade: 888-614-5400.

### Elegibilidade

O hospital tem plena capacidade de estabelecer a elegibilidade do paciente para descontos do pagamento nos níveis de renda mais altos do que os especificados a seguir e/ou prover descontos de pagamentos maiores para os pacientes elegíveis do que os exigidos pela Lei de Saúde Pública. Adicionalmente, o status de imigração não deve ser um critério para a determinação da elegibilidade de assistência financeira.

Os seguintes indivíduos são elegíveis:

- Os indivíduos de baixa renda sem seguro de saúde, ou
- indivíduos com seguro insuficiente (custos médicos desembolsados acumulados nos últimos doze meses que a quantia é maior que 10% da renda anual bruta do indivíduo), ou
- aqueles que já tiverem usado todos os benefícios do seguro de saúde, e que podem demonstrar a sua dificuldade de pagar os valores completos, ou
- à critério do hospital, os indivíduos que possam demonstrar uma dificuldade de pagar o seu copagamento e/ou dedutível, podendo solicitar um pagamento reduzido ou descontado.

Indivíduos que se encontram nos 400% do nível de pobreza do país são elegíveis para a assistência financeira.

<b>Níveis de Pobreza do País (2026)</b>			
<b>Tamanho do Lar</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 pessoa	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 pessoas	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 pessoas	\$54,640	\$68,300	\$109,280
4 pessoas	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 pessoas	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 pessoas	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 pessoas	\$100,080	\$150,120	\$200,160

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

### Taxas Mínimas de Desconto

Caso você se qualifique para a assistência financeira, as suas cobranças serão abatidas de acordo com a sua renda em uma escala móvel de taxas como se segue:

<b>Nível de Renda</b>	<b>Pagamento</b>
<b>Abaixo 200% FPL (limite de pobreza do país)</b>	Nenhuma cobrança
<b>200% - 300% FPL (limite de pobreza do país)</b>	<p>Pacientes não assegurados: A escala móvel sobe para 10% da quantia que seria devida pelo(s) serviço(s) do Medicaid.</p> <p>Pacientes com seguro insuficiente: Até no máximo 10% da quantia que seria devida de acordo com o compartilhamento de custo do seguro de tal paciente.</p>
<b>301% - 400% FPL (limite de pobreza do país)</b>	<p>Pacientes não assegurados: A escala móvel sobe para 20% da quantia que seria devida pelo(s) serviço(s) do Medicaid.</p> <p>Pacientes com seguro insuficiente: Até no máximo 20% da quantia que seria devida de acordo com o compartilhamento de custo do seguro de tal paciente.</p>

### Planos de Parcelas

Os planos de parcelamentos estão disponíveis para os pacientes que não podem pagar a taxa reduzida em uma única vez. Os pagamentos mensais não podem exceder 5% da sua renda mensal bruta e a taxa de juros cobrada do paciente no saldo não pago, se houver, não pode exceder 2%.

### Solicitação de Comprovação de Renda do Lar

Inclua as informações de renda do paciente, cônjuge e quaisquer dependentes (tais como crianças). Por exemplo, isso abrange cada pessoa inclusa na declaração do mesmo contribuinte fiscal (assistente administrativo fiscal, cônjuge e dependentes fiscais) no cálculo de renda do lar.

A seguir, uma lista de documentos que você pode usar para comprovar a sua renda. Você não tem que fornecer todos esses documentos. Você também pode apresentar uma declaração de falta de renda do lar, se não houver renda.

Você também pode apresentar a página de determinação da Elegibilidade do Mercado Sanitário do Estado de NY (NY State of Health Marketplace). Se você tiver esse documento, não precisará apresentar para o hospital nenhuma das informações de renda listadas acima.

<b><u>Se o Lar Recebe:</u></b>	<b><u>Quantia por mês:</u></b>	<b><u>O Solicitante pode apresentar:</u></b>
Salários	\$	Forneça um Holerite, ou Carta do Empregador com o papel timbrado, assinada e datada, ou a declaração do contribuinte fiscal preenchida mais recentemente.
Pagamento do Seguro Social	\$	Cópia de certificado/carta de concessão ou correspondência dos Estados Unidos Administração do Seguro Social, ou carta de benefícios anual. Para solicitar uma cópia da carta de benefícios do Seguro Social, telefone para 1-800-772-1213 ou visite <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Seguro-desemprego	\$	Cópia do certificado/carta de concessão; ou declaração mensal de benefícios do Departamento do Trabalho NYS; ou Cópia do Cartão de Pagamento Direto com comprovante impresso; ou correspondência do Departamento do Trabalho NYS; ou comprovante impresso das informações da conta do recebedor do site do Departamento do Trabalho NYS ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pagamento por Incapacidade	\$	Cópia de certificado/carta de concessão; ou correspondência da Administração do Seguro Social; ou cópia de carta de benefícios anual. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefícios, telefone para 1-800-772-1213 ou visite o site <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Remuneração dos Trabalhadores	\$	Cópia da Carta de Concessão ou Holerite.
Pensão Alimentícia/ Sustento dos Filhos	\$	Cópia da ordem judicial, ou recibos/cheques descontados de 3 meses.
Dividendos/Juros	\$	Declarações de dividendos trimestrais ou declaração de 1 mês.
Outro	\$	Carta de declaração da quantia de ganhos fora do salário (se houver), tais como renda de locação, dinheiro de serviços extraordinários, etc.
Nenhuma Renda	\$0	Declaração assinada de falta de renda.