Candidatura à Assistência Financeira do Hospital Uniforme do NYS

Você pode ser elegível para assistência financeira hospitalar para pagar suas contas caso esteja sem seguro, se seu seguro tiver esgotado ou se você tiver um seguro de saúde, mas tiver comprovante de pagamento de despesas médicas totalizando mais de 10% de sua renda. Preencha esse formulário para iniciar sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Este formulário é usado por todos os hospitais no Estado de Nova Iorque.

Esta candidatura deve ser impressa nos idiomas principais[1] dos pacientes atendidos pelo hospital.

Nome do paciente (preencha as informações aplicáveis)

Nome do paciente (nome, nome do meio, sobrenome)		
Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço	N° do apartamento/unidade	
Cidade	Estado	CEP
Nº do telefone de contato		
Nome do pai/mãe, responsável ou representante legal (se o paciente for menor de idade ou adulto incapaz)		
E-mail (se houver)		

Informações familiares:

Liste abaixo todos os membros da família em seu domicílio. Seu domicílio inclui você, seu cônjuge ou parceiro doméstico e quaisquer crianças ou outros dependentes. Por exemplo, o conceito incluiria todos listados na mesma declaração de imposto de renda.

Renda bruta significa sua renda **antes** das deduções dos impostos.

A renda bruta pode consistir de rendimentos por trabalho (salários, ordenados, gorjetas, ganhos de trabalho autônomo), renda não proveniente de trabalho (benefícios da seguridade social, de invalidez e de desemprego), contribuições (fundos de familiares ou amigos) e outras fontes de renda (assistência temporária e renda suplementar de seguridade social).

Nome completo	Relacionamento	Renda bruta total (atual)
	Próprio	

O hospital poderá solicitar que você envie documentação comprobatória de renda; exemplos dessa documentação podem incluir um holerite, uma carta de seu empregador, se aplicável, ou um Formulário 1040.

[1] "Idiomas principais" incluem qualquer idioma que seja usado para se comunicar em pelo menos 5% das visitas aos pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população da área de atendimento do hospital principal, conforme calculado usando informações demográficas disponíveis pelo Departamento do Censo dos Estados Unidos, suplementado por dados dos sistemas escolares.

Status do seguro de saúde
Você possui alguma forma de seguro de saúde, incluindo Medicaid, Medicare ou seguro privado por meio de seu empregador ou adquirido por conta própria? ☐ Sim ☐ Não

Se você respondeu “Não”, gostaria de ter assistência para se candidatar a algum destes programas?

☐ Sim ☐ Não

Pacientes com seguro insuficiente: pessoas com seguro e despesas médicas elevadas.
Se você tem seguro, forneça uma estimativa das despesas médicas que você pagou nos últimos 12 meses.

US$

O hospital poderá solicitar que você envie documentação comprobatória das despesas médicas pagas.

Paciente/parte responsável: Se você não for o paciente, liste o nome da pessoa que assina o formulário e sua autoridade para assinar em nome do paciente (ex.: cônjuge, pai ou mãe, representante legal).

Eu compreendo que as informações que eu enviar poderão estar sujeitas à verificação por fontes externas. Eu certifico que as informações são verdadeiras e completas, conforme meu melhor conhecimento.

Nome (em letra de forma) Relacionamento com o paciente	Data
Assinatura	

Elegibilidade mínima e diretrizes

Prazo para candidatura, direitos do paciente e confidencialidade

- Você pode se candidatar à assistência financeira em qualquer momento durante o processo de cobrança.
- Você não precisa fazer nenhum pagamento a este hospital até receber uma decisão sobre sua candidatura à assistência financeira. Os hospitais não poderão encaminhar contas para cobrança enquanto sua candidatura estiver pendente.
- Se seu pedido de assistência financeira for negado, você tem o direito de recorrer. As informações sobre como recorrer estarão incluídas na notificação do hospital que você receber. Você pode ter o direito de recorrer do valor de sua assistência financeira. O hospital incluirá informações sobre como recorrer na carta de decisão.
- Os hospitais não podem enviar contas não pagas a uma agência de cobrança por pelo menos 180 dias após sua primeira fatura.
- É proibido aos hospitais tomar medidas legais, incluindo entrar com processos judiciais, para cobrar contas médicas não pagas de pacientes com renda inferior a 400% do nível federal de pobreza. As diretrizes de pobreza podem ser encontradas aqui: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic- mobility/poverty-guidelines
- Qualquer informação fornecida nesta candidatura será usada somente para que o hospital determine sua elegibilidade à assistência financeira, permanecendo confidencial em conformidade com a legislação vigente.
- Um hospital não pode negar seus serviços medicamente necessários por você ter uma fatura médica não paga.
- Se você precisar de ajuda em relação a esta candidatura, entre em contato com o escritório de assistência financeira da UVM Health Network pelo número (802) 847-8000 ou (800) 639-2719.
- Se você precisar de auxílio adicional em relação a esta candidatura ou para recorrer de uma decisão, você pode acessar os Defensores de Saúde Comunitários: 888-614-5400.

Elegibilidade

Nada limita a capacidade de um hospital estabelecer a elegibilidade do paciente para descontos em pagamentos em níveis de renda superiores àqueles especificados abaixo, e/ou fornecer descontos em pagamentos maiores para pacientes elegíveis em relação ao exigido pela Lei de Saúde Pública. Adicionalmente, a situação migratória não será um critério de elegibilidade para fins de determinação da assistência financeira.

Os indivíduos a seguir são elegíveis:

- Pessoas de baixa renda sem seguro de saúde; ou
- pessoas com seguro insuficiente (custos médicos por conta própria acumulados nos últimos doze meses totalizando mais do que dez por cento da renda anual bruta da pessoa); ou
- aqueles que esgotaram seus benefícios de seguro de saúde e podem demonstrar incapacidade de pagar valores totais; ou
- a critério do hospital, pessoas que podem demonstrar incapacidade de custear seu coparticipação e/ou franquia podem solicitar um pagamento reduzido ou com desconto.

Pessoas em até 400% do nível federal de pobreza são elegíveis para assistência financeira.

Níveis Federais de Pobreza (2024)			
Tamanho do domicílio	**200%**	**300%**	**400%**
1 pessoa	US$ 30.120	US$ 45.180	US$ 60.240
2 pessoas	US$ 40.880	US$ 61.320	US$ 81.760
3 pessoas	US$ 51.640	US$ 77.460	US$ 103.280
4 pessoas	US$ 62.400	US$ 93.600	US$ 124.800
5 pessoas	US$ 73.160	US$ 109.740	US$ 146.320
6 pessoas	US$ 83.920	US$ 125.880	US$ 167.840
7 pessoas	US$ 94.680	US$ 142.020	US$ 189.360

Atualizado anualmente: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

Taxas Mínimas de Desconto

Se você se qualifica para assistência financeira, suas cobranças serão reduzidas de acordo com sua renda em uma escala deslizante, conforme a seguir:

Nível de renda	**Pagamento**
Abaixo de 200% do FPL	Isento de todas as cobranças
200% a 300% do FPL	Pacientes sem seguro: Escala crescente até 10% do valor que teria sido pago para o(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 10% do valor que seria pago de acordo a coparticipação do seguro do paciente.
301% a 400% do FPL	Pacientes sem seguro: Escala crescente até 20% do valor que teria sido pago para o(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 20% do valor que seria pago de acordo a coparticipação do seguro do paciente.

Os hospitais podem optar por fornecer descontos maiores para pacientes elegíveis e/ou oferecer descontos em pagamentos para pacientes com níveis de renda mais altos.

Planos Parcelados

Os planos parcelados estão disponíveis para pacientes que não possam custear a taxa reduzida integralmente. Os pagamentos mensais não podem exceder 5% de sua renda mensal bruta e a taxa de juros cobrada do paciente sobre o saldo não pago, se houver, não excederá 2%.

Solicitação de Comprovação de Renda Domiciliar

Inclua as informações de renda para o paciente, seu cônjuge e quaisquer dependentes (como filhos). Por exemplo, este conceito incluiria todos que estejam na mesma declaração de imposto de renda (declarante, cônjuge e dependentes no imposto) no cálculo da renda domiciliar.

Confira a seguir uma lista de documentos que você pode usar para comprovar sua renda. Você não precisa apresentar todos esses documentos. Você também pode apresentar uma declaração de ausência de renda domiciliar, caso não tenha renda.

Você pode também apresentar a página de determinação de Elegibilidade do Marketplace do NY State of Health. Se você tiver esse documento, você não precisa apresentar para o hospital outras informações de renda listadas abaixo.

Se o domicílio recebe:	**Valor por mês:**	**Solicitante pode fornecer:**
Salários	US$	Apresente um holerite ou carta de empregador em papel timbrado da empresa, assinada e datada ou a declaração de imposto de renda mais recente preenchida.
Pagamento da seguridade social	US$	Cópia do certificado/carta de concessão ou correspondência da Administração de Seguridade Social dos EUA, ou carta de benefícios anuais. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefícios de Seguridade Social, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov.
Compensação por desemprego	US$	Cópia do certificado/carta de concessão ou declaração de benefícios mensais do Departamento de Trabalho de NYS, ou cópia do cartão de pagamento direto com extrato impresso ou correspondência do Departamento de Trabalho de NYS, ou extrato impresso das informações de conta do destinatário a partir do site do Departamento de Trabalho s NYS (www.labor.state.ny.us).
Pagamento por incapacidade	US$	Cópia do certificado/carta de concessão ou correspondência da Administração de Seguridade Social, ou cópia da carta de benefícios anuais. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefícios, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov.
Indenização trabalhista	US$	Cópia da carta de concessão ou holerite.
Pensão/Suporte infantil	US$	Cópia da ordem judicial ou comprovantes/recibos de cheques depositados dos últimos 3 meses.
Dividendos/Juros	US$	Declarações de dividendos trimestrais ou declarações de 1 mês.
Outro	US$	Carta expressando o valor dos rendimentos não provenientes de salário (se houver), como renda de locação, dinheiro por trabalhos ocasionais etc.
Sem renda	US$ 0	Declaração assinada de ausência de renda.