

Solicitud de ayuda económica uniforme en hospitales del estado de Nueva York NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

Usted puede ser elegible para recibir ayuda económica del hospital y pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha excedido o si tiene seguro médico pero tiene prueba de gastos médicos pagados por un total de más del 10% de sus ingresos. Completando este formulario, se iniciará su solicitud de ayuda económica para el hospital. Todos los hospitales del estado de Nueva York usan este formulario.

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)

Patient Name – complete information that is applicable

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido) Patient Name (First, Middle, Last) | | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Date of Birth (mm/dd/yyyy) | | |
| Dirección Address | | N.º de apartamento/unidad Apartment/Unit # |
| Ciudad City | Estado State | Código postal/ Zip |
| Teléfono de contacto/Contact Phone | | |
| Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor o un adulto incapacitado) Parent/Guardian or Lawful Representative Name | | |
| Correo electrónico (si tiene) Email address (if any) | | |

Información de la familia:

Liste abajo a todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, a su cónyuge o pareja doméstica y a cualquier hijo u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que están listados en la misma declaración de impuestos.

Los ingresos brutos son sus ingresos **antes** de impuestos.

Los ingresos brutos pueden ser ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ingresos de trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (beneficios del seguro social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de la familia o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario).

| Nombre completo Full name | Relación Relationship | Ingresos brutos totales (actuales) Total gross income (current) |
|------------------------------|--------------------------|--|
| | El paciente | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un talonario de pago, una carta de su empleador si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico Health Insurance status

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado con su empleador o comprado por su cuenta? Yes Sí No

Si su respuesta es "No", ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?
Would you like assistance programs?

Yes Sí No

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

| |
|----|
| \$ |
|----|

El hospital puede pedirle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

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

Entiendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde/Print Name

Fecha/Date

Relación con el paciente/Relationship to Patient

Firma/Signature

| |
|--|
| |
|--|

Elegibilidad mínima y directrices

Minimum Eligibility and Guidelines

Plazos de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede pedir ayuda 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 ayuda económica. Los hospitales no pueden enviar las cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar la cantidad de su ayuda económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas sin pagar a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar medidas legales, incluyendo la presentación de demandas, para recuperar las facturas médicas sin pagar de los pacientes por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Las directrices sobre la pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información que incluya en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar su elegibilidad, recibir ayuda económica y será confidencial conforme lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta aplicación, por favor contacte a la oficina de Asistencia Financiera del Auburn Community Hospital al 315-255-7210. Si prefiere realizar la evaluación en línea, por favor visite auburn.mapsng.com o escanee este código QR.



- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad/Eligibility

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para descuentos en los pagos a niveles de ingresos más altos que los especificados abajo o para dar mayores descuentos en los pagos para los pacientes elegibles que los que exige la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la ayuda económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro médico; o
- Personas con seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de dicha persona); o
- Quienes han agotado sus beneficios del seguro médico y que pueden demostrar que no pueden pagar los cargos totales; o
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que están hasta el 400% del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir ayuda económica.

| Niveles Federales de Pobreza (2025) Federal Poverty Levels (2025) | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Tamaño del grupo familiar | 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 |

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

Tarifas mínimas de descuento Minimum discount Rates

Si califica para recibir ayuda económica, sus cargos se reducirán según sus ingresos en una escala variable de tarifas de la siguiente manera:

| Nivel de ingresos/Income | Pago/Payment |
|---------------------------------------|---|
| Por debajo del 200% de los FPL | No se le cobran los cargos |
| 200% - 300% de los FPL | Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 10% de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10% de la cantidad que se habría pagado según los costos compartidos del seguro de dicho paciente. |
| 301% - 400% de los FPL | Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 20% de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20% de la cantidad que se habría pagado según los costos compartidos del seguro de dicho paciente. |

Los hospitales pueden elegir ofrecer mayores descuentos para los pacientes elegibles u ofrecer descuentos en los pagos para los pacientes con niveles de ingresos más altos.

Planes de pago a plazos/Installment Plans

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 sus ingresos mensuales brutos y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo sin pagar, si lo hubiera, no debe exceder el 2%.

Solicitud de comprobante de ingresos del grupo familiar

Request for Proof of Household Income

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

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para comprobar sus ingresos. No es necesario que entregue todos estos documentos. También puede entregar una declaración de que no tiene ingresos del grupo familiar si no tiene ingresos.

También puede entregar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que entregar al hospital ninguna otra información de ingresos que se liste abajo.

| Si el grupo familiar recibe: If family receives | Cantidad por mes: Amount/month | El solicitante puede entregar: Applicant may provide |
|--|---|--|
| Salario Salary | \$ | Entregue un talonario de cheque de pago o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmado y con fecha, o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente. |
| Pago del Seguro Social SS Payments | \$ | Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., 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 www.ssa.gov . |
| Compensación por desempleo Unemployment Comp | \$ | Copia de la carta/certificado de adjudicación, o declaración mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (NYS Department of Labor), o copia de la tarjeta de pago directo impresa, 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 Disability/payment | \$ | Copia de la carta/certificado de adjudicación, 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 www.ssa.gov . |
| Compensación de los trabajadores Work. Comp | \$ | Copia de la carta de adjudicación o talonario del cheque. |
| Pensión alimenticia/ manutención infantil Alimony/child supp | \$ | Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques/talonarios cobrados. |
| Dividendos/intereses Divident/Interest | \$ | Estados de cuenta de dividendos trimestrales o mensuales. |
| Otro/Other | \$ | Carta que indique la cantidad de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, efectivo para trabajos ocasionales, etc. |
| Sin ingresos/No income | \$0 | Declaración firmada de no ingresos. |