

Estimado/a paciente/solicitante:

El equipo de St. Mary's Healthcare se compromete a minimizar las barreras económicas a la atención médica que puedan existir para nuestros pacientes y miembros de la comunidad. Se ofrece ayuda económica para la atención de emergencias y otra atención médicamente necesaria a los pacientes que califican. Si tiene saldos pendientes con St. Mary's puede beneficiarse de nuestro Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program).

Complete la solicitud adjunta si está interesado. Junto con la solicitud, deberá dar la siguiente información:

- Solicitud completa
- Facturas médicas acumuladas de los últimos 12 meses (por ejemplo, estados de cuenta médicos o dentales con cantidades de costos compartidos)
- Copias de los comprobantes de pago actuales de un mes o prueba de otra fuente de ingresos
- Copias de los dos últimos estados de cuenta bancarios
- Declaración de impuestos federales más reciente
- Solicitud completa para Medicaid del estado de Nueva York, junto con una copia de la carta de denegación si los ingresos son superiores a lo permitido por Medicaid de NYS

Se retendrán las solicitudes incompletas y se avisará al solicitante sobre la información obligatoria que falte, que deberá presentar en el plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso por escrito. Si el paciente no cumple este requisito, la solicitud será denegada y la organización reanudará las actividades de facturación y cobro. El paciente tiene la opción de dar la información obligatoria después del plazo de 30 días. Las solicitudes, si se aprueban, son válidas por 180 días y se enviará una carta de resolución a la dirección dada.

Ejemplo de descuento: paciente con seguro insuficiente

Saldo del paciente	50.00
Costo compartido médico (últimos 12 meses)	200.00
Ingresos brutos mensuales (familia de 1)	2,000.00
Costo compartido médico acumulado comparado con los ingresos brutos mensuales	10 %
Responsabilidad del paciente	10 % del saldo actual del paciente

Encuentre la Política de ayuda económica de St. Mary's Healthcare en nuestro sitio web en **smha.org**. También puede llamar al 518-770-7567 o al 518-770-6842 para obtener más información.

Envíe por correo su solicitud completa y la documentación a la siguiente dirección:

St. Mary's Healthcare
ATTN: Patient Financial Services
427 Guy Park Ave
Amsterdam, NY 12010



Solicitud de ayuda económica

Información del solicitante:

(Escriba en letra de molde y complete todos los campos. Indique N/A si no corresponde en alguna línea individual de la solicitud).

Nombre (primer nombre y apellido) _____
 Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Empleador _____ Situación laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____

Información del cónyuge del solicitante:

Nombre (primer nombre y apellido) _____
 Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
 Empleador _____ Situación laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____

Dependientes:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____

Ingresos mensuales:

(Complete las cantidades en dólares para cada una de las opciones de abajo. Dé las cantidades por mes para cada una).

Ingresos brutos del solicitante _____	Manutención de menores recibida _____
Ingresos brutos del cónyuge _____	Pensión alimenticia recibida _____
Beneficios del Seguro Social _____	Ingresos por alquiler de propiedades _____
Ingresos por pensión/jubilación _____	Ingresos por trabajo por cuenta propia _____
Ingresos por discapacidad _____	Otros ingresos _____
Ingresos por compensación de los trabajadores _____	Sin ingresos: complete/firme la declaración de no ingresos

Confirmando con mi firma abajo que la información contenida en esta solicitud es verdadera hasta donde yo sé. Acepto dar más información según sea necesario para determinar la elegibilidad. Acepto informar a St. Mary's Healthcare inmediatamente de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, condiciones de vida o dirección.

Firma de la solicitud

Relación (si no es el paciente)

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA
 Porcentaje de descuento aprobado _____
 Fecha de aprobación _____
 Iniciales de la aprobación _____