

Estimado paciente/solicitante:

El equipo de St. Mary's Healthcare se compromete a minimizar las barreras financieras en 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, se puede beneficiar de nuestro Programa de Ayuda Económica. Si está interesado, complete la solicitud adjunta. Junto con la solicitud es posible que necesite tener disponible la siguiente información:

- Facturas médicas acumuladas (por ejemplo, estados de cuenta médicos o dentales con cantidades de costo compartido)
- Talonarios de pago actuales o prueba de otra fuente de ingresos (p. ej., seguro social)
- Estados trimestrales de dividendos/intereses

Si usted cree que sus ingresos brutos están en o por debajo del 200% del Nivel federal de pobreza, St. Mary's Healthcare solo evaluará el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos brutos.

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 se denegará y la Organización reanudará las actividades de facturación y cobro. El paciente tiene la opción de presentar 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.

Encuentre la Política de ayuda económica de St. Mary's Healthcare completa en nuestro sitio web en **smha.org**. También puede llamar al 518-546-6238 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 uniforme de ayuda económica para el hospital de NYS**

Puede ser elegible para recibir ayuda económica para el hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se agotó o si tiene seguro médico, pero tiene prueba de gastos médicos pagados que sumen más del 10% de sus ingresos. Si completa este formulario, comenzará su solicitud para la ayuda económica para el hospital. Todos los hospitales en el estado de Nueva York usan este formulario.

*Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales<sup>1</sup> que hablan los pacientes que atiende el hospital.*

### **Nombre del paciente (llene la información que sea aplicable)**

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor de edad o un adulto incapacitado)		
Correo electrónico (si lo tiene)		

### **Información de la familia:**

Liste abajo a todos los familiares en su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica y cualquier hijo u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas listadas en la misma declaración de impuestos.

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

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

<b>Nombre completo</b>	<b>Relación</b>	<b>Total de ingresos brutos (actuales)</b>
	Yo	

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


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

**Estado del seguro médico**

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

Si respondió "No", ¿le gustaría obtener ayuda para aplicar a cualquiera de estos programas?

Sí  No

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos altos.** 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 gastos médicos pagados.

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

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

Nombre en letra de molde	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

# Requisitos mínimos de elegibilidad y directrices

## Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar 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 cuentas a cobro mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información de cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Puede tener 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 por al menos los 180 días siguientes a su primera factura.
- Se les prohíbe a los hospitales tomar acciones legales, incluyendo la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas sin pagar de pacientes que están abajo del 400% del Nivel federal de pobreza. Las directrices de pobreza se pueden encontrar en: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información presentada en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar su elegibilidad para ayuda económica y seguirá siendo confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle los servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la Oficina de ayuda económica para pacientes de St. Mary's Healthcare al 518-546-6238.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

## Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para obtener descuentos de pago en niveles de ingresos mayores a los especificados abajo o para dar mayores descuentos de pago para pacientes elegibles que los que exige Public Health Law (Ley de salud pública). Además, el estado migratorio no será un criterio de elegibilidad para efectos de determinar la ayuda económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas con 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 anuales brutos de dicha persona); o
- Personas que hayan agotado sus beneficios de seguro médico y puedan demostrar una incapacidad para pagar los cargos totales; o
- Personas que puedan demostrar una incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar, a discreción del hospital, un pago reducido o con descuento.

Las personas con hasta el 400% del Nivel federal de pobreza son elegibles para ayuda económica.

<b>Niveles Federales de Pobreza (2024)</b>			
<b>Tamaño del grupo familiar</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 persona	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 personas	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 personas	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 personas	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 personas	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 personas	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 personas	\$94,680	\$142,020	\$189,360

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

### Tasas mínimas de descuento

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

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Abajo del 200% del FPL</b>	No se le cobran los cargos.
<b>200-300% del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10% de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un 10% de la cantidad que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
<b>301-400% del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20% de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por los servicios.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20% de la cantidad que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

Los hospitales pueden aplicar descuentos mayores para pacientes elegibles u ofrecer descuentos de pago para niveles de ingresos más altos.

### Planes de pagos en parcialidades

Los planes de pagos en parcialidades 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 brutos mensuales y la tasa de interés que se cobre al paciente del saldo sin pagar, si lo hay, no puede exceder el 2%.

## Solicitud de prueba de ingresos del grupo familiar

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como los hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas en la misma declaración de impuestos (persona que declara 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 tiene que entregar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de falta de ingresos en el grupo familiar si no tiene ingresos.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de NY. Si tiene este documentos, no tiene que presentar ninguna otra información de ingresos listada abajo al hospital.

<b>Si el grupo familiar recibe:</b>	<b>Cantidad al mes:</b>	<b>El solicitante puede entregar:</b>
Sueldo	\$	Presente un talonario de pago o carta del empleador con membrete de la empresa, firmada y con fecha, o la declaración de impuestos presentada más recientemente.
Pago de seguro social	\$	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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación de desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento del Trabajo (Department of Labor) de NYS, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o correspondencia del Departamento del Trabajo de NYS, o impresión de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento del Trabajo de NYS ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pago por discapacidad	\$	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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación de los trabajadores	\$	Copia de la carta de adjudicación o talonario de cheque.
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$	Copia de la orden del tribunal o 3 meses de cheques/talonarios cobrados.
Dividendos/interés	\$	Estados de dividendos o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que declare la cantidad de ganancias que no sean de sueldos (si los hay), como ingresos por alquiler, efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración de no ingresos firmada.