

Estimado paciente / aval:

Se nos informó que usted podría necesitar asistencia financiera en este momento. En Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital, vemos su necesidad y estamos aquí para ayudarle cuando sea posible. Para evaluar si califica o no para la asistencia financiera, requerimos que llene una solicitud (véase el documento adjunto) y nos la envíe, junto con una prueba de sus ingresos.

Envíe:

**DOS (2)** de las siguientes pruebas de ingresos a nuestro consultorio para revisión:

- Recibos de nómina. Requerimos los últimos **tres (3) meses consecutivos** de recibos de nómina de todos los miembros de la familia que viven en su casa y que tienen un empleo.
- Estados de cuenta bancarios. Requerimos los últimos **tres (3) meses consecutivos** de estados de cuenta bancarios.
- Carta de compensación por desempleo.
- Carta de determinación para indemnización laboral.
- Carta de determinación para jubilación / pensión.
- Una copia de la carta de denegación de Medicaid.

**O BIEN UNO (1)** de los siguientes documentos:

- Formulario W-2. Requerimos una copia del más reciente formulario W-2 de todos los miembros de la familia que viven en su casa y que tienen un empleo.
- Una copia de su más reciente declaración de impuestos.
- Carta de determinación de discapacidad / Seguro Social o una carta de su beneficio anual del año en curso.
  - Para solicitar una copia de la carta de sus beneficios, llame al núm. 1-800-772-1213 o visite [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).
- Si se encuentra desempleado actualmente o no cuenta con un ingreso independiente, proporcione una carta notariada en donde afirme tal situación.

**Tenga en cuenta que todas las personas que viven en su casa, incluidos su cónyuge legal o cualquier hijo mayor de 18 años que esté empleados, deben proporcionar estos documentos de ingresos.**

La solicitud completa y todos los documentos necesarios deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

**Montefiore St. Luke's Hospital  
Attn: PFS Credit and Collections Department  
70 Dubois St  
Newburgh, NY 12550**

Esta solicitud para asistencia financiera se aplica únicamente para los servicios facturados por el hospital. Otros servicios, los cuales se facturen por separado, no se consideran mediante esta solicitud. En cuanto a los estados de cuenta pendientes de pago que recibió de algún médico, comuníquese directamente a dichos grupos por lo relacionado con los programas financieros individuales o con los acuerdos de planes de pagos que ellos ofrecen.

Usted recibirá una carta de determinación cuando su solicitud sea aprobada parcial o completamente, o sea denegada. Si necesita ayuda adicional, acuda o llame al Departamento de Crédito y Cobranzas de Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital, el cual está ubicado en 19 Laurel Avenue Cornwall, NY 12518. Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 4 p. m.

Puede comunicarse con nosotros por teléfono al núm. 845-458-4900 o puede enviar un correo electrónico directamente al Departamento de Pagos por Cuenta Propia de los Pacientes en [SLCselfpay@montefioreslc.org](mailto:SLCselfpay@montefioreslc.org).

Gracias,

Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital

## Solicitud uniforme de asistencia financiera hospitalaria del estado de Nueva York

Puede tener derecho a la asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha agotado o si tiene seguro médico pero tiene comprobantes de gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos. Rellene este formulario para iniciar su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario lo utilizan todos los hospitales del estado de Nueva York.

*Esta solicitud se debe imprimir en el idioma principal<sup>1</sup> hablado por los pacientes que atiende el hospital.*

### Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Apartamento/Unidad N.º	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor o un adulto incapaz)		
Dirección de correo electrónico (si la hubiera)		

### Información de la familia:

Enumere a continuación todos los miembros de su unidad familiar. Su unidad familiar incluye a usted mismo, su cónyuge o pareja de hecho y todos los hijos u otras personas a su cargo. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos.

Por ingresos brutos se entienden sus ingresos **antes** de deducir los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias del trabajo (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no salariales (seguridad social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de seguridad).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Usted	

<sup>1</sup> "Idioma principal" incluye cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas como paciente al año o cualquier idioma hablado por más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital, según los cálculos realizados utilizando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.


El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de sus ingresos; algunos ejemplos de documentación pueden ser un recibo de sueldo, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario 1040.

**Estado del seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluido Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta?  Sí  No

Si ha respondido "No", ¿desea recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

Sí  No

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados.** Si tiene seguro, proporcione un cálculo estimado de las facturas médicas que ha pagado 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, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, madre, representante legal).**

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

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

# Requisitos de elegibilidad mínimos y lineamientos

## Plazos para la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento del proceso de cobro.
- No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden remitir cuentas para su cobro mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le deniega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Puede tener derecho a apelar el importe de la asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobros durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Se prohíbe a los hospitales emprender acciones legales, incluida la interposición de demandas judiciales, para recuperar las facturas médicas impagas de pacientes que están por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los lineamientos sobre pobreza se pueden consultar aquí:  
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital utilizará toda la información proporcionada en esta solicitud solo para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede negarle los servicios médicamente necesarios porque tenga una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita ayuda con esta solicitud póngase en contacto con la oficina de asistencia financiera de Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital al correo electrónico: [slcselfpay@montefioreslc.org](mailto:slcselfpay@montefioreslc.org). O comuníquese con la oficina de asistencia financiera de la división de St. Luke's Cornwall al (845-458-4900).
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede ponerse en contacto con Community Health Advocates: 888-614-5400.

## Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para los descuentos en los pagos en los niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación o para proporcionar descuentos en los pagos a los pacientes elegibles mayores que los exigidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad a efectos de determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas con ingresos bajos sin seguro médico; o
- Personas con seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que asciendan a más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de dicha persona); o
- Quienes hayan agotado los beneficios de su seguro médico y puedan demostrar su incapacidad para pagar la totalidad de los cargos; o
- A discreción del hospital, las personas que puedan demostrar su incapacidad para pagar el copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que están por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza pueden optar a asistencia financiera.

<b>Niveles federales de pobreza (2025)</b>			
<b>Tamaño del hogar</b>	<b>200 %</b>	<b>300 %</b>	<b>400 %</b>
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>

### Descuentos mínimos

Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, sus gastos se reducirán en función de sus ingresos según una escala móvil de tarifas de la siguiente manera:

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Por debajo del 200 % del FPL</b>	Eximir todos los cargos
<b>200 % - 300 % del FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: escala móvil de hasta el 10 % de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por el/los servicio(s).</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % de la cantidad que se habría pagado de acuerdo con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.</p>
<b>301 % - 400 % del FPL</b>	<p>Pacientes sin seguro: escala móvil de hasta el 20 % de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por el/los servicio(s).</p> <p>Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % de la cantidad que se habría pagado de acuerdo con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.</p>
<b>Más del 401 %</b>	<p>Montefiore Medical Center también ofrece escalas móviles de tarifas para niveles por encima del 400 %. Hable con su representante de Servicios Financieros para Pacientes para obtenerlas.</p>

Los hospitales pueden optar por ofrecer descuentos mayores a los pacientes que reúnan los requisitos necesarios u ofrecer descuentos en el pago a los pacientes con niveles de ingresos más elevados.

### Planes de pago a plazos

Los planes de pago a plazos están disponibles para los pacientes que no puedan pagar la tarifa reducida toda junta. Los pagos mensuales no podrán superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés que se cobrará al paciente sobre el saldo impago, si lo hubiera, no superará el 2 %.

## Solicitud de prueba de ingresos de la unidad familiar

Incluya la información sobre los ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier persona a su cargo (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes en la declaración de impuestos) en el cálculo de los ingresos de la unidad familiar.

A continuación, encontrará una lista de documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario que aporte todos estos documentos. También puede presentar una declaración de ausencia de ingresos de la unidad familiar si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del Estado de Nueva York. Si dispone de este documento, no tendrá que facilitar al hospital ninguna otra información sobre sus ingresos que se indica a continuación.

<b><u>Si la unidad familiar recibe:</u></b>	<b><u>Cantidad por mes:</u></b>	<b><u>El solicitante puede proporcionar:</u></b>
Salarios	\$	Proporcione un talón de cheque de pago o una carta del empleador en papel con membrete de la empresa, firmada y fechada, o la última declaración de impuestos sobre la renta presentada.
Pago al Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU. o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de la 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 por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, estado de cuenta mensual de los beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, copia de la tarjeta de pago directo con copia impresa, correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o copia impresa de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, correspondencia de la Administración del Seguro Social o copia de la carta anual de beneficios. 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 talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o declaraciones mensuales.
Otra	\$	Carta en la que se indique la cantidad de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de ausencia de ingresos.