ROME HEALTH
1500 North James Street, Rome, New York 13440

Solicitud uniforme de ayuda económica hospitalaria del estado de Nueva York

Podría ser elegible para recibir ayuda económica hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si alcanzó el límite de cobertura de su seguro o si tiene seguro médico pero puede presentar comprobantes de gastos médicos pagos por un importe superior al 10 % de sus ingresos. Al completar este formulario, iniciará su solicitud de ayuda económica hospitalaria. Este formulario se utiliza en todos los hospitales del estado de Nueva York.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

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

Información familiar:
Indique a continuación todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, a su cónyuge o pareja de hecho y a cualquier hijo u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto es su ingreso **antes** de las deducciones de impuestos.

El ingreso bruto puede estar compuesto por ingresos laborales (salarios, propinas, ingresos como trabajador independiente), ingresos no laborales (beneficios del Seguro Social, por discapacidad o por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingreso (ayuda temporal y seguridad de ingreso suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingreso bruto total (actual)
	Usted	

El hospital podría solicitar que presente documentación como constancia de ingresos; esta documentación puede incluir, por ejemplo, un recibo de sueldo, una carta de su empleador (si corresponde) o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Cuenta con algún tipo de seguro médico, ya sea Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que usted haya contratado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “No”, ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

☐ Sí ☐ No

Pacientes con un seguro inadecuado: personas con seguro y gastos médicos elevados.
Si tiene seguro, brinde un estimado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

$

El hospital podría solicitar que presente documentación como constancia del pago de gastos médicos.

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 o representante legal).

Entiendo que la información proporcionada puede estar sujeta a verificación por fuentes externas. A mi leal saber y entender, certifico que la información proporcionada es veraz y completa.

Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente	Fecha
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y pautas

Plazo de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar la ayuda económica en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba la resolución de su solicitud de ayuda económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobrar mientras su solicitud esté en proceso.
- Si se rechaza su solicitud de ayuda económica, tiene derecho a apelar. Recibirá la información sobre cómo hacerlo junto a la notificación del hospital. Podría tener el derecho a apelar el monto de su ayuda económica. El hospital incluirá la información sobre cómo apelar en su carta de resolución.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranza por lo menos hasta 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido comenzar acciones legales, incluido presentar demandas, para cobrar facturas médicas impagas de pacientes por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Puede encontrar información sobre las pautas de pobreza aquí: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud será utilizada solamente por el hospital para determinar su elegibilidad para obtener ayuda económica y permanecerá confidencial en la medida en que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle los servicios médicos necesarios por tener una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina de ayuda económica de Rome Health al 315-338-7077.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o para apelar una resolución, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para determinar la elegibilidad del paciente a descuentos en el pago con ingresos superiores a los especificados a continuación o para ofrecer mayores descuentos a los pacientes elegibles que aquellos requeridos por la ley de salud pública. Además, el estado migratorio no se considerará un criterio para determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- Personas de bajos ingresos sin seguro de salud.
- Personas con un seguro inadecuado (con gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que superan el diez por ciento del ingreso bruto anual de la persona).
- Personas que alcanzaron el límite de los beneficios de su seguro médico y que demuestren incapacidad para pagar el monto total de los cargos.
- A discreción del hospital, aquellas personas que demuestren incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

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

Niveles federales de pobreza (2026)			
Tamaño del grupo familiar	**200 %**	**300 %**	**400 %**
1 persona	$31,920	$47,880	$63,840
2 personas	$43,280	$64,920	$86,560
3 personas	$54,640	$81,960	$109,280
4 personas	$66,000	$99,000	$132,000
5 personas	$77,360	$116,040	$154,720
6 personas	$88,720	$133,880	$177,440
7 personas	$100,080	$150,120	$200,160

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

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para obtener ayuda económica, sus cargos se reducirán de acuerdo a sus ingresos en una escala móvil de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Debajo del 200 % del nivel federal de pobreza	Se eximen todos los cargos
Entre un 200 % y 300 % del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 10 % del monto que habría pagado Medicaid por los servicios. Pacientes con un seguro inadecuado: Hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de acuerdo con la participación en los gastos de su seguro.
Entre un 301 % y 400 % del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: Escala móvil de hasta el 20 % del monto que habría pagado Medicaid por los servicios. Pacientes con un seguro inadecuado: Hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de acuerdo con la participación en los gastos de su seguro.

Los hospitales pueden decidir ofrecer mayores descuentos a pacientes elegibles o descuentos en los pagos a pacientes con niveles de ingresos más altos.

Plan de cuotas

Los planes de cuotas están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida en un solo pago. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés aplicada al saldo pendiente, si corresponde, no puede superar el 2 %.

Solicitud de constancia de ingresos del grupo familiar

Indique la información de los ingresos del paciente, su cónyuge y otros dependientes (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos (contribuyente, cónyuge y dependientes) para el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

A continuación, se incluye una lista de los documentos que puede utilizar para dejar constancia de sus ingresos. No es necesario que presente todos estos documentos. También puede presentar una constancia de ausencia de ingresos del grupo familiar si no tiene ingresos.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del mercado de NY State of Health. Si cuenta con este documento, no necesita presentar al hospital ninguna otra información sobre ingresos de las que se mencionan a continuación.

Si el grupo familiar recibe:	**Monto mensual:**	**El solicitante puede presentar:**
Salarios	$	Presente un recibo de sueldo, una carta de su empleador con membrete de la empresa, firmada y fechada, o su última declaración de impuestos.
Pagos del Seguro social	$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, correspondencia de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) de los Estados Unidos o una carta anual de beneficios. 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	$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, un estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor), copia de la tarjeta de pago directo con comprobante impreso, correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o comprobante impreso de la información de la cuenta del beneficiario desde el sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pagos por discapacidad	$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, correspondencia de la Administración del Seguro Social o una carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov.
Compensación para trabajadores	$	Copia de la carta de adjudicación o recibo de sueldo.
Pensión alimentaria/ manutención de menores	$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/Intereses	$	Estados de cuenta trimestrales de dividendos o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	$	Carta que indique el monto de ingresos no salariales (si corresponde), como ingresos por alquiler, pagos en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
No recibe ingresos	$0	Constancia firmada de ausencia de ingresos.