



SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Financial Assistance Application - SCAN, HOSPITAL FINANCIAL ASSIST APP SP, 8/25/26

En Catholic Health, nos reunimos humildemente para cumplir en nuestras comunidades la misión sanadora de Cristo y la misión de misericordia de la Iglesia católica, expresada en atención médica católica.

- ☐ **Mercy Hospital** ☐ **Good Samaritan University Hospital**
☐ **St. Catherine Of Siena Hospital** ☐ **St. Francis Hospital & Heart Center®**
☐ **St. Joseph Hospital** ☐ **Good Samaritan University Hospital St. Charles Campus**

Si usted no tiene un seguro médico, si ya ha usado todos los beneficios de dicho seguro o si, teniendo un seguro médico, tiene comprobantes de los gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos, podría reunir los requisitos para recibir asistencia económica para gastos hospitalarios, la cual le permitirá pagar sus facturas. Al completar este formulario, se iniciará la solicitud de asistencia económica para gastos hospitalarios. Todos los hospitales del estado de Nueva York usan este formulario.

Número(s) de cuenta _____

Nombre del paciente (información completa pertinente)

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

Información familiar

Enumere a continuación todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, e incluye a su cónyuge o pareja de hecho, y a sus hijos o demás dependientes. Por ejemplo, en este formulario se incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto es el ingreso antes de que se apliquen los impuestos. Puede consistir en ganancias laborales (jornales, salarios, propinas, ganancias del trabajo independiente), renta (Seguro Social, beneficios por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingreso (asistencia temporal e ingresos del seguro complementario).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	PACIENTE	

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de sus ingresos, por ejemplo, un recibo de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario n.º 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Condición del seguro médico

¿Tiene algún otro seguro médico, como Medicaid, Medicare o algún seguro médico proporcionado por el empleador o adquirido individualmente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es negativa, ¿desea recibir asistencia para solicitar los beneficios de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Pacientes subasegurados: pacientes que tienen un seguro médico, pero que han gastado más del diez por ciento (10 %) de sus ingresos brutos para cubrir los costos médicos de bolsillo durante los últimos 12 meses. Si usted tiene un seguro, indique una cifra estimativa de las facturas médicas que pagó durante los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitar que presente documentación que respalde los gastos médicos pagados.

Parte responsable del paciente

Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para hacerlo en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).

Entiendo que la información que proporcione puede estar sujeta a verificación por parte de fuentes externas. A mi leal saber y entender, certifico que la información es verdadera y está completa.

Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
Relación con el paciente:	
Firma:	

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Elegibilidad mínima y pautas

Plazo para la presentación de solicitudes, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar asistencia económica en cualquier momento del proceso de cobro.
- No es necesario que realice ningún pago a este hospital hasta tanto se tome una decisión sobre su solicitud de asistencia económica. Es posible que los hospitales no remitan cuentas para cobro mientras la solicitud esté pendiente.
- Si no se le otorga la asistencia económica, usted tiene derecho a apelar la decisión. En el aviso que le enviará el hospital, encontrará información al respecto. Usted puede tener el derecho a apelar el monto de la asistencia económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en la carta sobre la decisión.
- Los hospitales no pueden remitir las facturas impagas a una agencia de cobro durante al menos 180 días tras la primera factura.
- Está prohibido que los hospitales interpongan acciones legales, incluso demandas, para recuperar las facturas médicas impagas contra pacientes que se encuentran por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los lineamientos federales sobre pobreza se encuentran en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility>.
- El hospital usará la información provista en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir asistencia económica; la información será confidencial en la medida permitida por la ley.
- Un hospital no puede denegarle servicios médicamente necesarios debido a que usted adeuda facturas médicas.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el Departamento de Asistencia Económica de Catholic Health llamando al (631) 465-6321 o enviando un fax al (631) 396-4239.
- Si necesita más ayuda con esta solicitud o desea apelar una decisión, puede comunicarse con los representantes de Community Health llamando al (888) 614-5400.

Elegibilidad

Las siguientes personas son elegibles para recibir asistencia económica:

- Personas de bajos ingresos que no tienen un seguro médico.
- Personas subaseguradas (costos médicos de bolsillo pagados durante los últimos doce meses que ascienden a más del diez por ciento de los ingresos brutos anuales de la persona).
- Personas que han usado la totalidad de los beneficios del seguro médico y que pueden demostrar la imposibilidad de pagar los cargos totales.
- A criterio del hospital, las personas que pueden demostrar una imposibilidad para pagar copagos o deducibles pueden solicitar un pago reducido o con descuento.
- Tenga en cuenta que los servicios del médico no están incluidos en este programa.

La condición de inmigración no será un criterio de elegibilidad para determinar si se otorga la asistencia económica.

Catholic Health ofrece asistencia económica según una escala variable, de hasta el 100 % de los cargos. Las personas que ganan hasta el 400 % del nivel federal de pobreza (FPL) son elegibles para recibir asistencia económica.

Visite el sitio web de Catholic Health para obtener información de los lineamientos sobre la asistencia económica y los descuentos correspondientes: <https://www.catholichealthli.org/paying-your-care/financial-assistance>. Esta tabla se actualiza todos los años cuando ocurre lo mismo con las pautas federales de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility>.

Tarifas de descuento mínimas

Si usted reúne los requisitos para recibir asistencia económica, los cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos, en una escala variable, según se indica a continuación:

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Nivel De Ingresos	Descuento
Menos del 300 % del FPL	<u>Pacientes sin seguro médico:</u> Todos los cargos exentos <u>Pacientes subasegurados:</u> renunciar al 100% del monto que se pagaría de conformidad con el costo compartido del seguro del paciente.
Del 301 % al 350 % del FPL	<u>Pacientes sin seguro médico:</u> escala variable con un descuento máximo del 90 % del monto que se pagaría por los servicios de Medicaid. <u>Pacientes subasegurados:</u> descuento máximo del 90 % del monto que se pagaría de conformidad con el costo compartido del seguro del paciente.
Del 351 % al 400 % del FPL	<u>Pacientes sin seguro médico:</u> escala variable con un descuento máximo del 80 % del monto que se pagaría por los servicios de Medicaid. <u>Pacientes subasegurados:</u> descuento máximo del 80 % del monto que se pagaría de conformidad con el costo compartido del seguro del paciente.

Planes de cuotas

Se ofrecen planes de cuotas a pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales para pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia económica no pueden exceder el 5 % de los ingresos brutos mensuales; la tarifa de interés cobrada al paciente en el saldo, si lo hubiera, no debe exceder el 2 %.

Presentación de la solicitud

Complete esta solicitud, fírmela, coloque la fecha y envíela con la documentación respaldatoria a la siguiente dirección:

Catholic Health
245 Old Country Road
Melville, NY 11747
Attention: Financial Assistance Department
Número de teléfono (631) 465-6321
Número de fax (631) 396-4239

Conserve una copia de la documentación para sus registros.

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Solicitud de constancia de ingresos familiares

Incluya la información de ingresos sobre el paciente, su cónyuge y dependientes (como los hijos). Por ejemplo, aquí se incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos (titular de la declaración, cónyuge y dependientes) para el cálculo de los ingresos familiares.

La siguiente es una lista de los documentos que puede usar para probar sus ingresos. No es necesario que los presente todos. También puede presentar una declaración donde conste que no tiene ingresos familiares, si ese es el caso.

Asimismo, puede presentar una página de determinación de elegibilidad del mercado de seguros médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no es necesario que presente en el hospital ninguna otra información de ingresos de la que se enumera a continuación.

Si el grupo familia recibe	Monto por mes	El solicitante puede presentar
Salarios	\$	Presente un recibo de pago, una carta del empleador en papel membretado, con firma y fecha, o la última declaración de impuestos.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/del 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 la carta del beneficio del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/el certificado de adjudicación o declaración mensual de beneficios emitida por el Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión o correspondencia del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o impresión de la información de cuenta del beneficiario obtenida en el sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (https://dol.ny.gov/).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de la carta del beneficio, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov
Indemnización laboral	\$	Copia de la carta de adjudicación o del recibo de pago.
Pensión alimenticia/ manutención de menores	\$	Copia de la decisión del tribunal o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o declaraciones mensuales.
Otro	\$	Carta en la que se indique el monto de las ganancias que no corresponden al salario (si las hubiere), como, por ejemplo, ingresos por alquileres, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de no recepción de ingresos.