

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera Hospitalaria del Estado de Nueva York

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera del hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha agotado, o si tiene seguro médico, pero puede demostrar que ha pagado gastos médicos que suman más del 10% de su ingreso. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales del estado de Nueva York.

Este formulario debe imprimirse en los idiomas principales¹ que hablan los pacientes atendidos por el hospital.

Nombre del Paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del Paciente (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección	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)		
Dirección de Correo Electrónico (si tiene)		

Información Familiar:

A continuación, por favor, incluya a todos los miembros de su hogar. Su hogar incluye a usted, su cónyuge o pareja de hecho, y cualquier hijo u otro dependiente. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que aparecen en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa su ingreso **antes** de que se deduzcan los impuestos.

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

Nombre completo	Parentesco	Ingreso Bruto Total (actual)
	uno mismo	

¹ "Idiomas principales" incluye 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 primaria del hospital, según cálculos realizados con información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.



Es posible que el hospital le solicite enviar documentación como prueba de ingreso; ejemplos de dicha documentación pueden incluir un recibo de sueldo, una carta de su empleador si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del Seguro de Salud

¿Tiene algún tipo de seguro de salud, incluido Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que haya comprado por su cuenta? Sí No

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

Sí No

Pacientes infra asegurados: personas con seguro y altos gastos médicos. Si tiene seguro, por favor, proporcione una estimación de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

Es posible que el hospital le pida 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 (por ejemplo, cónyuge, padre/madre, representante legal).

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

Nombre completo en letra de molde	Fecha
Parentesco con el paciente	
Firma	

Elegibilidad Mínima y Directrices

Plazo de Solicitud, Derechos del Paciente y Confidencialidad

- Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de asistencia financiera. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobro mientras su solicitud esté pendiente.
- Si le deniegan la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La notificación del hospital incluirá información sobre cómo hacerlo. Es posible que también tenga derecho a apelar la cantidad de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre el proceso de apelación en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobro hasta al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar acciones legales, incluido presentar demandas, para recuperar facturas médicas impagas de pacientes que estén por debajo del 400% del índice de pobreza federal. Puede consultar las pautas de pobreza aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información proporcionada en esta solicitud solo será utilizada por el hospital para determinar su elegibilidad para asistencia financiera y permanecerá confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicos necesarios debido a una factura médica pendiente de pago.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, favor de comunicarse con la Oficina de Asistencia Financiera de Jamaica Hospital Medical Center al 718-206-8270.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o asistencia 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 del paciente para descuentos en el pago en niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación y/o para proporcionar mayores descuentos en el pago a los pacientes elegibles que los requeridos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la asistencia financiera.

Las siguientes personas son elegibles:

- personas de bajos ingresos sin seguro médico; o
- personas infra-aseguradas (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que sumen más del diez por ciento del ingreso anual bruto de dicha persona); o
- personas que han agotado sus beneficios de seguro médico y que pueden demostrar su incapacidad para pagar los cargos completos; o
- a discreción del hospital, personas que puedan demostrar incapacidad para pagar su copago y/o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.



Individuos con salarios hasta un 400% del índice federal de pobreza son elegibles para la asistencia financiera.

Índice Federal de Pobreza (2026)

Tamaño del hogar	Ingreso familiar anual	Ingreso familiar mensual	Ingreso familiar semanal
1 Persona	Hasta \$31,920	Hasta \$47,880	Hasta \$63,840
2 Personas	Hasta \$43,280	Hasta \$64,920	Hasta \$86,560
3 Personas	Hasta \$54,640	Hasta \$81,960	Hasta \$109,280
4 Personas	Hasta \$66,000	Hasta \$99,000	Hasta \$132,000
5 Personas	Hasta \$77,360	Hasta \$116,040	Hasta \$154,720
6 Personas	Hasta \$88,720	Hasta \$133,880	Hasta \$177,440
7 Personas	Hasta \$100,080	Hasta \$150,120	Hasta \$200,160

Actualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/povertv-economic-mobilitv/povertv-guidelines>

Tasas Mínimas de Descuento

Si califica para asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala proporcional como se indica a continuación:

Nivel de ingreso	Pago
Por debajo del 200% del FPL	Renuncia a todos los cargos.
200% - 300% del FPL	Pacientes sin seguro: Escala proporcional hasta el 10% del monto que Medicaid habría pagado por el(los) servicio(s). Pacientes infra-asegurados: Hasta un máximo del 10% del monto que se habría pagado conforme a la participación en costos de dicho paciente.
301% - 400% del FPL	Pacientes sin seguro: Escala proporcional hasta el 20% del monto que Medicaid habría pagado por el(los) servicio(s). Pacientes infra-asegurados: Hasta un máximo del 20% del monto que se habría pagado conforme a la participación en costos de dicho paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos a los pacientes elegibles y/o ofrecer descuentos a pacientes con niveles de ingresos superiores.

Planes de pagos

Los planes de pago en plazos 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 su ingreso mensual bruto, y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo pendiente, si corresponde, no excederá el 2%.

Solicitud de Prueba de Ingresos del Hogar

Por favor incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas en la misma declaración de impuestos (contribuyente, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo del ingreso del hogar.

A continuación, se encuentra una lista de documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario proporcionar todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de ausencia de ingresos en el hogar si no tiene ingresos.

De la misma manera puede proporcionar la hoja de Determinación de Elegibilidad del Mercado NY State of Health. Si tiene este documento, no hace falta proporcionar ninguna información de ingresos a continuación al hospital.

Si el hogar recibe:	Monto por mes:	El solicitante puede proporcionar:
Salarios	\$	Proporcione un talón de cheque, o una carta del empleador en el membrete de la empresa, firmada y fechada, o la declaración de impuestos más reciente.
Pago del seguro social	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU., o carta de beneficios anual. 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 de adjudicación/certificado, o declaración mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con extracto, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o extracto de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta de adjudicación/certificado, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios anual. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión conyugal/alimenticia	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/intereses	\$	Extractos trimestrales de dividendos o extractos de un mes.
Otros	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si corresponde), como ingresos por alquiler, dinero recibido por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de ausencia de ingresos.