

## Resumen de Asistencia Financiera

Montefiore Medical Center reconoce que hay momentos en los que los pacientes que necesitan atención médica tendrán dificultades para pagar los servicios brindados. La Asistencia Financiera ofrece descuentos a las personas que reúnen los requisitos sobre la base de sus ingresos. Además, podemos ayudarlo a que solicite un seguro gratuito o de bajo costo si reúne los requisitos. Sólo comuníquese con nuestro asesor financiero al 914-361-6899 o asista de manera gratuita a la 12 North 7th Avenue (Oficina de Cajero Principal) a recibirá asistencia confidencial.

### ¿Quién reúne los requisitos para obtener un descuento?

La Asistencia Financiera está disponible para pacientes con ingresos limitados y que no poseen seguro de salud. Montefiore Medical Center también ofrece asistencia financiera a pacientes que tienen cobertura de seguro, pero que tienen gastos a su cargo que no pueden solventar o que atraviesan dificultades, lo que incluye acuerdos de pago según se solicite. Cualquier prestación de asistencia financiera se determinará según cada caso individual.

Todos aquellos en el Estado de Nueva York que necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención médica y obtener un descuento si alcanzan los límites de ingresos.

Todos aquellos que vivan en pueden el Estado de Nueva York obtener un descuento en los servicios médicos necesarios, que no sean de emergencia, en Montefiore Medical Center si alcanzan los límites de ingresos. No se le puede negar la atención médica necesaria debido a que necesita asistencia financiera.

Puede solicitar un descuento sin importar su condición de inmigrante.

### ¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía teniendo en cuenta sus ingresos y el número de miembros de su familia. Si no posee seguro de salud, estos son los límites de ingresos:

TABLA DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DEL MONTEFIORE MEDICAL CENTER

| 2015<br>FEDERAL<br>POVERTY<br>LEVEL - | GROSS INCOME CATEGORIES (Upper Limits) |          |          |          |          |          |            |           |           |           |           |
|---------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                       | 1                                      | 2        | 3        | 4        | 5        | 6        | 7          | 8         | 9         | 10        | 11        |
| Family Size                           | 100%                                   | 125%     | 150%     | 175%     | 185%     | 200%     | 250%       | 300%      | 400%      | 500%      | over 500% |
| 1                                     | \$11,770                               | \$14,713 | \$17,655 | \$20,598 | \$21,775 | \$23,540 | \$ 29,425  | \$ 35,310 | \$ 47,080 | \$ 58,850 |           |
| 2                                     | \$15,930                               | \$19,913 | \$23,895 | \$27,878 | \$29,471 | \$31,860 | \$ 39,825  | \$ 47,790 | \$ 63,720 | \$ 79,650 |           |
| 3                                     | \$20,090                               | \$25,113 | \$30,135 | \$35,158 | \$37,167 | \$40,180 | \$ 50,225  | \$ 60,270 | \$ 80,360 | \$100,450 |           |
| 4                                     | \$24,250                               | \$30,313 | \$36,375 | \$42,438 | \$44,863 | \$48,500 | \$ 60,625  | \$ 72,750 | \$ 97,000 | \$121,250 |           |
| 5                                     | \$28,410                               | \$35,513 | \$42,615 | \$49,718 | \$52,559 | \$56,820 | \$ 71,025  | \$ 85,230 | \$113,640 | \$142,050 |           |
| 6                                     | \$32,570                               | \$40,713 | \$48,855 | \$56,998 | \$60,255 | \$65,140 | \$ 81,425  | \$ 97,710 | \$130,280 | \$162,850 |           |
| 7                                     | \$36,730                               | \$45,913 | \$55,095 | \$64,278 | \$67,951 | \$73,460 | \$ 91,825  | \$110,190 | \$146,920 | \$183,650 |           |
| 8                                     | \$40,890                               | \$51,113 | \$61,335 | \$71,558 | \$75,647 | \$81,780 | \$ 102,225 | \$122,670 | \$163,560 | \$204,450 |           |
| For each additional person add.       | \$4,160                                | \$ 5,200 | \$ 6,240 | \$ 7,280 | \$ 7,696 | \$ 8,320 | \$ 10,400  | \$ 12,480 | \$ 16,640 | \$ 20,800 |           |

\* Based on the 2015 Federal Poverty Guidelines

### **¿Qué sucede si no alcanzo los límites de ingresos?**

Si no puede pagar su factura, Montefiore Medical Center tiene una categoría de asistencia financiera para todos aquellos que la soliciten. El porcentaje del descuento depende de sus ingresos anuales y del número de miembros de su familia. También ofrecemos planes de pagos extendidos, y los pagos mensuales no excederán el diez por ciento de su ingreso mensual.

### **¿Alguien me puede explicar el descuento? ¿Alguien me puede ayudar a solicitarlo?**

Sí, ofrecemos ayuda gratuita y confidencial. Llame a Asistencia Financiera al 914-361-6899.

Si no habla inglés, alguien lo ayudará en su propio idioma.

El asesor financiero puede decirle si reúne los requisitos para un seguro gratuito o de bajo costo, tales como Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus.

Si el asesor financiero encuentra que usted no reúne los requisitos para un seguro de bajo costo, lo ayudarán a solicitar un descuento.

El asesor le ayudará a completar todos los formularios y le dirá qué documentación debe traer.

### **¿Qué necesito para solicitar un descuento?**

Prueba de su cuenta sus ingresos aceptable:

- Declaración de desempleo
- Carta de Premio de seguridad social/pensiones
- Carta de verificación de Talonarios/empleo
- Carta de mantenimiento o apoyo
- Carta de certificación propia (en las circunstancias apropiadas)
- Declaración Fiscal

### **¿Qué servicios están cubiertos?**

Todos los servicios médicos necesarios brindados por el Montefiore Medical Center están cubiertos por el descuento. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones hospitalarias.

Los cargos de *médicos privados* que brinden servicios en el hospital pueden no estar cubiertos. Debe hablar con los médicos privados para ver si ellos ofrecen un descuento o plan de pago.

### **¿Cuánto debo pagar?**

El monto de un servicio ambulatorio o de sala de emergencia comienza en \$0 para niños y mujeres embarazadas y depende de sus ingresos. El monto de un servicio ambulatorio o de sala de emergencia comienza en \$15 para adultos y depende de sus ingresos.

Nuestro asesor financiero le dará los detalles acerca de sus descuentos específicos una vez que se procese su solicitud.

### **¿Cómo obtengo el descuento?**

Debe completar el formulario de solicitud. En cuanto tengamos pruebas de sus ingresos, podremos procesar su solicitud para el descuento de acuerdo con su nivel de ingresos. Usted tiene 30 días para completar aplicación.

Puede solicitar un descuento antes de programar una cita, cuando venga al hospital para recibir atención médica, o cuando la factura llegue por correo.

Envíe el formulario completado a Montefiore Mount Vernon- 12 North 7th Avenue, Mount Vernon, NY 10551(Cajero Principal) o tráigalo a la Oficina de Cajero Principal.

Cuando Usted. a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación.

### **¿Cómo sabré si se aprobó el descuento?**

Montefiore Medical Center le enviará una carta dentro de los 30 días después de llenar y enviar la documentación, en la que le informará si ha sido aprobado y el nivel de descuento recibido.

### **¿Qué sucede si recibo una factura mientras estoy esperando saber si obtengo el descuento?**

No se le puede exigir que pague una factura del hospital en el lapso en que se analiza su solicitud para el descuento. Si su solicitud se rechaza, el hospital debe informarle el motivo por escrito y le debe ofrecer una manera de apelar la decisión ante un nivel superior dentro del hospital.

### **¿Qué sucede si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?**

Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447.

**Fijacion B  
Aplicacion  
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|                         |                            |  |  |
|-------------------------|----------------------------|--|--|
| Nombre del Paciente     |                            | Número de Seguro Social  |  |
| Dirección               | Fecha de solicitud         |  |  |
| Ciudad                  | Estado                     | Cód.Postal   |  |
| Teléfono                | Parentesco con el paciente | <b>El mismo Cónyuge Hijo Padre Abuelo(a)<br/>Nieto(a) Otro</b> |  |
| Ingresos brutos anuales | Tamaño de la familia       | Saldo pendiente  |  |

**HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD: SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

|                              |  |                          |
|------------------------------|--|--------------------------|
| Financial Counselor          | Adjusted Account Balance                   |                          |
| Patient MRN                  | Account Number                             | Bill Reference Number    |
| IRS Verified Income          | Yes No                                     | Supporting Documentation |
| Verified Gross Annual Income | 1. Paystub 2. Job Letter<br>Other Specify: |                          |

The Applicant is approved for Financial Aid at the following category level (1-6, 9M, 10-12)

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| Application Date                | IRS Transcript Received Date |
| Application Received Date       | Account Adjusted Date        |
| Financial Aid Notification Date | Approval/Denial Date         |

Approved by:

|  |
|--|
|  |
|--|

## DECLARACIÓN DE SOLICITUD

Mi firma en esta solicitud reafirma mi autorización de asignación de beneficios y divulgación de información asociada a servicios médicos proporcionados en el Centro Médico Montefiore.

Mientras sea elegible para Asistencia Financiera, acepto informar al Centro Médico Montefiore de cualquier cambio en mi situación familiar con relación a tamaño de mi familia, cambios en ingresos y cobertura médica que podrían cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Autorizo a mi empleador y mi emisor de seguro médico a proporcionar información al Centro Médico Montefiore sobre mis ingresos, primas de seguro médico, coseguro, copagos, deducibles y beneficios cubiertos.

Se estoy pidiendo Asistencia Financiera debido a un accidente u otro incidente y recibo dinero debido a ese accidente o incidente de cualquier fuente, tal como Compensación del Trabajador o una aseguradora, pagaré al Centro Médico Montefiore por todo servicio médico proporcionado en el Centro Médico Montefiore y pagado o ajustado a través de Asistencia Financiera.

Toda información en esta solicitud es verdad a mi mejor saber y entender, y acepto proporcionar documentación a pedido.

|   |  |       |
|---|--|-------|
| Aclaración del nombre del paciente  |  | Fecha |
| Firma del paciente  |  |       |
| <i>Estoy legalmente autorizado a proveer consentimiento en nombre del paciente mencionado arriba.<br/>Mi parentesco/relación con el paciente es el siguiente:</i> |  |       |
| Firma del Representante Autorizado  |  | Fecha |
| Parentesco con el paciente  |  |       |

Complete esta solicitud y envíelos a la siguiente dirección:

*Montefiore Mount Vernon 12 North Avenue, Mount Vernon, NY 10551/Oficina de Cajero Principal*

Cuando Usted. a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación. Usted tienes 30 días para completar su aplicación.