



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

Personal y Confidencial

**Aval:**

**Número de caso:**

**Pacientes incluidos en el caso:**

Estimado(a)

Gracias por elegir [St. Peter's Health Partners] como su proveedor de atención médica. Por favor, llene la solicitud adjunta y envíela a la dirección que se indica a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 800-494-5797, de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m. Hora del este (ET). Después del saludo, seleccione 1, luego seleccione 2 para comunicarse con un representante. Por favor, indique el idioma que necesita, pondremos un intérprete en la línea.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes de Trinity Health Enterprise

En nombre de St. Peter's Health Partners

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

Nombre del paciente (llene la información que corresponda)		
Nombre del paciente (Nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Teléfono de contacto #		
Dirección postal		No. de Apartamento/Unidad
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del Padre/Madre o Representante Legal (si el paciente es un menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico		
Nombre completo	Relación	Ingreso Bruto Total (Actual)
El hospital puede solicitar que presente documentación como prueba de ingresos. Algunos ejemplos de documentación pueden incluir un comprobante de pago, una carta de su empleador si corresponde, o el Formulario 1040.		



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

**Estado del Seguro de Salud**

¿Tiene alguna forma de seguro de salud, incluyendo Medicaid, Medicare, o seguro privado a través de su empleador o comprado por su cuenta?  Sí  No

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

**Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y altos gastos médicos.** Si tiene seguro, por favor proporcione un estimado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitar 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 por fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde

Fecha

Relación con el paciente

Firma

Por favor, envíe su solicitud por correo a la dirección mencionada arriba, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue los documentos a través de MyChart (Portal del Paciente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 800-

**Elegibilidad Mínima y Directrices**

**Cronograma de Solicitud, Derechos del Paciente y Confidencialidad**

Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el 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 enviar cuentas a cobro mientras su solicitud está pendiente.



### Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

- Si se le niega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Es posible que tenga el derecho de apelar la cantidad de su asistencia financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas no pagadas a una agencia de cobro durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Se prohíbe a los hospitales tomar acciones legales, incluyendo presentar demandas, para recuperar facturas médicas no pagadas de pacientes que se encuentren por debajo del 400% del nivel federal de pobreza. Las pautas de pobreza se pueden encontrar 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 permitida por la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios porque usted tiene una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, por favor comuníquese con la oficina de asistencia financiera de (NOMBRE DEL HOSPITAL) al (NÚMERO DE TELÉFONO).
- Si necesita asistencia adicional con esta solicitud o ayuda 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 de los pacientes para descuentos de pago en niveles de ingresos más altos que los especificados a continuación y/o para proporcionar mayores descuentos de 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:

Individuos de bajos ingresos sin seguro médico; o

- individuos con seguro insuficiente (costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman más del diez por ciento del ingreso bruto anual de dicho individuo); o
- aquellos que han agotado sus beneficios de seguro de salud y que pueden demostrar una incapacidad para pagar los cargos completos; o



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

- a discreción del hospital, las personas que puedan demostrar una incapacidad para pagar su copago y/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 asistencia financiera.

**Niveles Federales de Pobreza (2026)**

Tamaño del hogar	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	\$133,080	\$177,440
7 personas	\$100,080	\$150,120	\$200,160

Actualizadas anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

**Tasas mínimas de descuento**



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

Si califica para asistencia financiera, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala de tarifas variables de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
<b>Por debajo del 200% del nivel federal de pobreza (FPL)</b>	Condonación de todos los cargos
<b>200% - 300% del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10% de la cantidad que habría sido pagada por Medicaid por el/los servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10% de la cantidad que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
<b>301% - 400% del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20% de la cantidad que habría sido pagada por Medicaid por el/los servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20% de la cantidad que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos 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 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 lo hubiera, no debe exceder el 2%.



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

**Solicitud de Comprobante 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 todos en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo del ingreso del hogar.

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para comprobar sus ingresos. No tiene que proporcionar todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de no tener ingresos en el hogar si usted no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del Estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar ninguna otra información de ingresos que se menciona a continuación al hospital.

Si el hogar recibe:	Cantidad por mes:	El solicitante puede proporcionar:
Salario	\$	Por favor proporcione un talón de cheque de pago, o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmada y fechada, o la declaración de impuestos presentada más recientemente.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los 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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Compensación por Desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o estado de cuenta mensual de beneficios del 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 la cuenta del beneficiario desde el sitio web del



**Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme para Hospitales de NYS**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados por instalaciones y médicos de Trinity Health

Es posible que usted 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 de salud pero tiene comprobante de gastos médicos pagados que suman más del 10% de sus ingresos. Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales en el estado de Nueva York. Le proporcionaremos un intérprete sin costo para que podamos recopilar la información necesaria en inglés.

		Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov.
Compensación de los trabajadores	\$	Copia de la carta de adjudicación o comprobante de cheque
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de cuenta de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indica la cantidad de ingresos no salariales (si los hay), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$	Declaración firmada de no ingresos