



Resumen de Asistencia Financiera

Garnet Health comprende que, en ocasiones, los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar los servicios prestados. Nuestro programa de Asistencia Financiera ofrece descuentos a las personas que califican según sus ingresos.

La Solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Asistencia Financiera (Políticas) están disponibles en las áreas de registro de pacientes de cada centro hospitalario y también se pueden descargar de internet de forma gratuita en www.garnethealth.org, en las opciones de ***Pagar mi factura***; los pacientes también pueden solicitar el envío gratuito de una copia por correspondencia su domicilio, solicitándola por teléfono o por escrito a las siguientes áreas:

**Garnet Health Medical Center/
Garnet Health Doctors / Urgent Care
Oficina del Defensor Financiero
707 East Main Street
Middletown, NY 10940
845-333-1888**

**Garnet Health Medical Center - Catskills/
Garnet Health Doctors/ Urgent Care
Créditos y Cobranzas
P.O. Box 800
Harris, NY 12742
845-333-8989**

¿Qué servicios están cubiertos?

No se negará el acceso a los servicios a los pacientes por falta de pago; existe una escala de tarifas con descuento/móvil según el tamaño de la familia y los ingresos.

El descuento solo cubre los servicios médicalemente necesarios proporcionados por un proveedor de Garnet Health. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia, hospitalización y servicios médicos.

Los servicios no proporcionados por un proveedor de Garnet Health en el hospital ***no*** están cubiertos por los descuentos hospitalarios. Consulte con sus médicos externos para ver si ofrecen un descuento o un plan de pago. Para su comodidad, puede encontrar a nuestros médicos actuales en nuestro sitio web www.garnethealth.org en la sección **Buscar un médico**.

¿Quién califica para un descuento?

Cualquier paciente residente del estado de Nueva York puede recibir asistencia financiera a través del programa de servicios de emergencia de Garnet para residentes del estado de Nueva York. Para todos los demás servicios, la política de Garnet Health es brindar asistencia financiera para tratamientos de emergencia, urgentes y médicalemente necesarios a los pacientes que residen en las áreas de servicio principales de Garnet Health, así como a los pacientes que trabajan, residen o visitan dichas áreas. Garnet Health se reserva el derecho de negarse a brindar asistencia financiera para servicios electivos.

No se puede negar la admisión ni el tratamiento o los servicios médicalemente necesarios a los pacientes debido a facturas médicas impagadas.

La situación migratoria no se considerará para determinar la elegibilidad.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en los ingresos familiares, el tamaño de la familia y, en algunos casos, en otra información que proporcione. Si, después de revisar su solicitud, Garnet Health determina que sus ingresos son iguales o inferiores al 400 % del Límite Federal de Pobreza (FPL), podrá optar a un descuento en nuestra factura por los servicios que cumplan los requisitos. En 2025, los niveles máximos de ingresos para alcanzar el 400 % del FPL se muestran a continuación.



Escala Móvil para Personas Sin Seguro y Con Seguro Insuficiente
2026

| Unidad Familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Descuento de la responsabilidad del paciente | Descuento de la responsabilidad del paciente |
|---|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|--|
| LFP | \$15,960 | \$21,640 | \$27,320 | \$33,000 | \$38,680 | \$44,360 | \$50,040 | \$55,720 | 100% | 100% |
| % por encima del LFP | | | | | | | | | | |
| 200 y menos | \$31,920 | \$43,280 | \$54,640 | \$66,000 | \$77,360 | \$88,720 | \$100,080 | \$111,440 | 100% | 100% |
| 201 - 300 | \$47,880 | \$64,920 | \$81,960 | \$99,000 | \$116,040 | \$133,080 | \$150,120 | \$167,160 | Sin seguro (la responsabilidad del paciente es del 10%, según la tarifa de Medicaid) | Con seguro insuficiente (la responsabilidad del paciente es del 10% del saldo) |
| 301 - 400 | \$63,840 | \$86,560 | \$109,280 | \$132,000 | \$154,720 | \$177,440 | \$200,160 | \$222,880 | Sin seguro (la responsabilidad del paciente es del 20%, según la tarifa de Medicaid) | Con seguro insuficiente (la responsabilidad del paciente es del 20% del saldo) |
| Más del 400% por encima del LFP, no es elegible | | | | | | | | | 0% | 0% |

Presupuesto de hasta el 5 % de los ingresos mensuales

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,680 por cada persona adicional.

Los **ingresos brutos** son los ingresos antes de deducir los impuestos. Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos por trabajo (sueldos, salarios, propinas, ingresos por trabajo independiente), ingresos no derivados del trabajo (seguridad social, discapacidad y prestaciones por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de seguridad).

Los **miembros de la familia** son todos los miembros de la familia que viven en su hogar. Su hogar lo componen usted, su cónyuge o pareja de hecho y cualquier hijo u otra persona a su cargo. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

¿Qué sucede si no cumplo con los límites de ingresos?

Si no puede pagar su factura, Garnet Health ofrece un plan de pago o de presupuesto con pagos mensuales que no excederán el 5 % de los ingresos familiares.

¿Puede alguien explicarme el descuento? ¿Puede alguien ayudarme a solicitarlo?

Sí, disponemos de ayuda gratuita y confidencial. Si no habla inglés, alguien le ayudará en su idioma. La Política de Asistencia Financiera y la solicitud están disponibles en español y yidis en nuestro sitio web, así como en las áreas de Acceso para Pacientes de Garnet Health.

El defensor financiero puede ayudarle a solicitar un seguro a través del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si no cumple los requisitos para Medicaid u otro seguro de bajo costo, le ayudarán a solicitar un descuento.

Cómo solicitar asistencia financiera: Se realizará una evaluación de la situación financiera del paciente mediante una Solicitud de Asistencia Financiera (con la documentación de respaldo del paciente/parte responsable).

Está prohibido que cualquier hospital, proveedor de atención médica o empleado/agente de un hospital o proveedor de atención médica complete cualquier parte de una solicitud de productos financieros médicos para el paciente, o gestione o establezca una solicitud que el paciente no haya llenado en su totalidad. Los proveedores pueden responder a las preguntas del paciente y brindarle asistencia si se solicita, siempre que la solicitud sea completada por el paciente.

- Todas las solicitudes deben estar firmadas y fechadas por la persona que realiza la solicitud.
- Las solicitudes no se considerarán completadas hasta que se proporcione toda la documentación de ingresos requerida.
- Todas las solicitudes indicarán la fecha, el nombre y el cargo del empleado de Garnet Health que las revise.
- Como parte de la asesoría sobre asistencia financiera, se evaluará la elegibilidad del paciente para Medicaid, si aún se encuentra dentro del plazo (90 días) a partir de la fecha del servicio.

Determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera: La determinación de elegibilidad se realizará por escrito a cada solicitante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa y la documentación. La situación migratoria no se considera para determinar la elegibilidad. Las determinaciones se basarán en la solicitud y la información presentada. Los bienes del paciente (como residencia, automóvil, etc.) podrían no considerarse. La elegibilidad para asistencia financiera se determina únicamente con base en los ingresos familiares.

Se conservará una copia de todas las determinaciones.

Apelación de una determinación de elegibilidad para asistencia financiera: Una vez que se tome una determinación de denegación, el paciente tendrá 30 días a partir de la recepción de la notificación por escrito para presentar una apelación con la documentación de respaldo. La decisión de denegación incluirá la siguiente información sobre cómo apelar:

- Si se determina que el paciente no califica para el programa de Asistencia Financiera, se le informará por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la denegación. En la correspondencia se proporcionarán todos los motivos de la denegación, incluyendo información sobre cómo apelarla.
- El director de Servicios Compartidos del Ciclo de Ingresos revisará la apelación y la documentación de respaldo dentro de los veinte (20) días posteriores a la decisión.
- El equipo directivo del Ciclo de Ingresos tendrá quince (15) días hábiles para revisar la apelación y responder al paciente por escrito.
- Si el paciente continúa insatisfecho con la decisión del equipo directivo, podrá apelar la decisión del líder por escrito, incluyendo los motivos y la documentación de respaldo, ante el director financiero (CFO) del hospital.
- El director financiero decidirá escribir dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la apelación; su decisión será definitiva.
- No se realizará ninguna actividad de cobranza mientras esté pendiente una apelación.

Duración de la elegibilidad y derechos del paciente

La elegibilidad se otorgará por un período de seis (6) meses. Deberá recertificar al final del período de elegibilidad.

Si se le deniega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar.

- Para obtener ayuda, comuníquese con la oficina del Defensor Financiero de Garnet Health al 845-333-1888 o al 845-333-8989.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

El hospital utilizará toda la información proporcionada en esta solicitud únicamente a fin de determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.

Cantidades generalmente facturadas por un centro hospitalario por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios a personas que tienen Medicare.