



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940 68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

Solicitud uniforme de Asistencia Financiera para hospitales del estado de Nueva York

Puede ser elegible para recibir asistencia financiera para hospitales para pagar sus facturas si no tiene seguro médico, si su seguro se ha agotado o si tiene seguro médico, pero presenta comprobante de gastos médicos pagados que superen el 10 % de sus ingresos. Al completar este formulario, iniciará su solicitud de asistencia financiera para hospitales. Este formulario se utiliza en todos los hospitales del estado de Nueva York.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección	Apartamento/n.º de unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o adulto incapacitado)		
Correo electrónico (si corresponde)		

Información familiar:

Enumere a continuación a todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Su hogar incluye a usted mismo, a su cónyuge o pareja de hecho y a cualquier hijo u otras personas dependientes de usted. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos se refiere a sus ingresos **antes** de impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ingresos por cuenta propia), ingresos no laborales (seguro social, prestaciones por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de seguridad social).

Nombre completo	Vínculo	Ingresos brutos totales
	Yo mismo	



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940 68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

El hospital podría solicitarle que presente documentación como comprobante de ingresos; por ejemplo, un recibo de sueldo, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, como Medicaid, Medicare o seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? Sí

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

Sí No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados. Si tiene seguro, proporcione una estimación de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$ _____

El hospital podría solicitarle que presente documentación como comprobante de los gastos médicos pagados.

Paciente/Responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autorización para firmar en nombre del paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, madre, representante legal).

Entiendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación externa. Certifico que la información es veraz y completa según mi leal saber y entender.

Nombre en letra imprenta	Fecha
Vínculo con el paciente	
Firma	



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

Requisitos mínimos y pautas

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 transferir cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le deniega la asistencia financiera, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en la notificación que reciba del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su ayuda financiera. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagadas a una agencia de cobros durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluyendo demandas, para recuperar facturas médicas impagadas de pacientes que se encuentran por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Las pautas sobre pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- 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.
- Un hospital no puede negarle servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con:
Garnet Health Medical Center / Doctors / UC - Oficina de Asistencia Financiera al
845-333-1888
Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC - Oficina de Asistencia Financiera al
845-333-8989.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o 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 pacientes para descuentos en el pago con ingresos superiores a los especificados a continuación ni para ofrecer mayores descuentos en el pago a pacientes elegibles que los exigidos por la Ley de Salud Pública. Además, la situación migratoria 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 con seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que superen el diez por ciento de sus ingresos brutos anuales);
o
 - quienes hayan agotado sus beneficios de seguro médico y demuestren su incapacidad para pagar la totalidad de los cargos; o
 - a discreción del hospital, las personas que demuestren su incapacidad para pagar su copago o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.



Garnet Health

Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

Las personas que se encuentran hasta el 400 % del nivel federal de pobreza pueden recibir asistencia financiera.



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.

Actualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/povertyguidelines>

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para recibir asistencia financiera, sus cargos se reducirán según sus ingresos según una escala móvil de tarifas, como se indica a continuación:

Nivel de ingresos	Pago
Inferior al 200 % del FPL	Exención de todos los cargos
200 % - 300 % del FPL	Pacientes sin seguro médico: Escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por el/los servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
301 % - 400 % del FPL	Pacientes sin seguro médico: Escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por el/los servicio(s). Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto 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 elegibles u ofrecer descuentos en los pagos a pacientes con niveles de ingresos más altos.

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 superar el 5 % de sus ingresos brutos mensuales, y la tasa de interés que se le cobre al paciente sobre el saldo pendiente, si lo hubiera, no debe superar el 2 %.



Garnet Health Medical Center / Doctors / UC
707 E. Main St., Middletown, NY 10940

Garnet Health Medical Center - Catskills / Doctors / UC
68 Harris-Bushville Rd., Harris, NY 12742

Solicitud de comprobante de ingresos del hogar

Incluya la información sobre los ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos (declarante, cónyuge y dependientes) en el cálculo de los ingresos del hogar.

A continuación, encontrará una lista de documentos que puede utilizar para comprobar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de ausencia de ingresos del hogar si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no es necesario que proporcione al hospital ninguna otra información de ingresos que se detalla a continuación.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto mensual:</u>	<u>El solicitante puede proporcionar:</u>
Salarios	\$	Proporcione el talón de pago -2 (si le pagan quincenalmente), -4 (si le pagan semanalmente), o una carta del empleador con membrete de la empresa, firmada y fechada, o su declaración de impuestos más reciente.
Pagos del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión o carta anual de beneficios. 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/certificado de concesión, o del 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 del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/certificado de concesión o copia de la carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación para trabajadores	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de cuenta trimestrales de dividendos o estados de cuenta mensuales.
Otro	\$	Carta notariada que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, regalos en efectivo, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración notariada de ausencia de ingresos.