



Solicitud uniforme de ayuda económica para hospitales del estado de Nueva York

Puede ser elegible para recibir ayuda económica hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está vencido o si tiene seguro médico pero tiene prueba de gastos médicos pagados que suman más del 10 % de sus ingresos. Al completar este formulario se iniciará su solicitud de ayuda económica hospitalaria. Este formulario lo usan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud debe estar impresa en los idiomas principales¹ hablados por los pacientes atendidos en el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/yyyy</i>)		
Dirección		N.º de departamento/unidad
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto	Dirección de correo electrónico (<i>si corresponde</i>)	
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (<i>si el paciente es un menor de edad o un adulto incapacitado</i>)		

Información familiar

Abajo, haga una lista de todos los familiares de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas que aparecen en la misma declaración de impuestos.

Ingreso bruto significa sus ingresos **antes** de que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ingresos laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (Seguro Social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia social temporal y Seguridad de Ingreso Suplementario).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actual)
1.	Yo	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de ingresos; ejemplos de documentación pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

¹ Los “idiomas principales” incluyen cualquier idioma que se utilice 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 principal del hospital, según se calcula utilizando información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementado con datos de los sistemas escolares.

Nombre del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado por medio de su empleador o adquirido 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 gastos médicos altos. Si tiene seguro, proporcione un cálculo de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

El hospital puede pedirle que presente documentación como comprobante de gastos médicos pagados.

\$

Paciente/Persona 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. Declaro que la información es verdadera y completa a mi mejor saber y entender.

Nombre en letra de molde	Fecha
Firma	Relación con el paciente

Envíe por correo la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:

**Albany Med Health System
PO Box 5178
Saratoga Springs, NY 12866**

Elegibilidad mínima y directrices

Línea de tiempo de la solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede pedir ayuda económica en cualquier momento durante el proceso de cobranza.
- No tiene que hacer ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de ayuda económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Tiene derecho a apelar por la cantidad de ayuda económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas no pagadas a una agencia de cobros durante al menos 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluyendo la presentación de demandas, para recuperar facturas médicas no pagadas de pacientes que estén por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los índices de pobreza están aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital solo usará la información que está en esta solicitud para determinar su elegibilidad para recibir ayuda económica y será 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 la **oficina de ayuda económica de Albany Med Health System al 518-264-7729 opción 2**
- Si necesita más ayuda 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 los pacientes para descuentos de pago en niveles de ingresos superiores a los especificados abajo o para dar mayores descuentos a pacientes elegibles que los establecidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad a la hora de determinar la ayuda económica.

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 ascienden a más del diez por ciento del ingreso bruto anual de dicha persona); o
- aquellos que han agotado sus beneficios de seguro médico y que pueden demostrar su incapacidad para pagar los cargos completos; o
- a discreción del hospital, las personas que puedan demostrar incapacidad para los copagos o deducibles pueden solicitar un pago reducido o descontado.

Las personas que alcanzan hasta el 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir ayuda económica.

Nivel federal de pobreza (FPL) (2025)			
Tamaño del grupo familiar	200%	300%	400%
1 persona	\$39,100	\$58,650	\$78,200
2 personas	\$52,860	\$79,290	\$105,720
3 personas	\$66,620	\$99,930	\$133,240
4 personas	\$80,380	\$120,570	\$160,760
5 personas	\$94,140	\$141,210	\$188,280
6 personas	\$107,900	\$161,850	\$215,800
7 personas	\$121,660	\$182,490	\$243,320

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

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para recibir ayuda económica, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala variable de tarifas de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Menos del 200 % del FPL	Se eximen todos los cargos
200% - 300% FPL	Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 10 % de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % de la cantidad que se habría pagado según el costo compartido del seguro de dicho paciente.
301% - 400% FPL	Pacientes sin seguro: escala variable de hasta el 20 % de la cantidad que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % de la cantidad que se habría pagado según el costo compartido del seguro de dicho paciente.
Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos para pacientes elegibles u ofrecer descuentos de pago para pacientes con niveles de ingresos más altos.	

Plan de pago en cuotas

Los planes de pago en cuotas 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 los ingresos mensuales brutos y la tasa de interés cobrada al paciente sobre el saldo no pagado, si corresponde, no excederá el 2 %.

Solicitud de prueba de ingresos del grupo familiar

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 de impuestos, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

La siguiente es una lista de los documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de que no hay ingresos en el grupo familiar si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del mercado de seguros NY State of Health. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información de ingresos que se detalla abajo.

Si el grupo familiar recibe	Cantidades por mes	El solicitante puede presentar:
Salarios	\$	Presente un talón de cheque de pago o una carta del empleador con membrete de la compañía, firmada y fechada, o la última declaración de impuestos sobre ingresos.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de EE. UU. (U.S. Social Security Administration), o carta de beneficios anuales. Para pedir una copia de su beneficio del Seguro Social envíe una carta, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de concesión, o declaración de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor), o Copia de la Tarjeta de Pago Directo con copia impresa, o Correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o Impresión de la información de la cuenta del destinatario 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 correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios anuales. Para pedir una copia de la carta del beneficio, envíe una carta, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación de los trabajadores	\$	Copia de la carta de concesión o talón de pago.
Pensión alimenticia/ manutención de menores	\$	Copia de orden judicial o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Interés	\$	Declaraciones de dividendos trimestrales o declaraciones mensuales.
Otro	\$	Carta que indique la cantidad de los ingresos no salariales (si corresponde), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo para trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración certificada de falta de ingresos.