



Estimado/a paciente/solicitante:

El equipo de St. Mary's Healthcare se compromete a minimizar las barreras económicas a la atención médica que puedan existir para nuestros pacientes y miembros de la comunidad. Se ofrece ayuda económica para emergencias y otra atención médica necesaria a los pacientes que califican. Si tiene saldos pendientes con St. Mary, usted puede beneficiarse de nuestro programa de ayuda económica (Financial Assistance Program).

Si está interesado, complete la solicitud adjunta. Junto con la solicitud es posible que necesite tener a la mano la siguiente información:

- Facturas médicas acumuladas (por ejemplo, estados de cuenta médicos o dentales con cantidades de costo compartido)
- Talonarios de pago actuales o prueba de otra fuente de ingresos (p. ej., seguro social)
- Estados trimestrales de dividendos/intereses

Si usted cree que sus ingresos brutos son iguales o inferiores al 200 % del Nivel federal de pobreza, St. Mary's Healthcare solo evaluará el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos brutos.

Se retendrán las solicitudes incompletas y se avisará al solicitante sobre la información faltante que deberá presentar en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso por escrito. Si el paciente no cumple este requisito, la solicitud se denegará y la organización reanudará las actividades de facturación y cobro. El paciente tiene la opción de dar la información obligatoria después del plazo de 30 días. Las solicitudes, si se aprueban, son válidas por 180 días y se enviará una carta de resolución a la dirección proporcionada.

Encuentre la Política de ayuda económica de St. Mary's Healthcare (St. Mary's Healthcare Financial Assistance Policy) completa en nuestro sitio web en smha.org. También puede llamar al 518-546-6238 para obtener más información.

Envíe por correo su solicitud completa y la documentación a la siguiente dirección:

**St. Mary's Healthcare
ATTN: Patient Financial Services
427 Guy Park Ave
Amsterdam, NY 12010**

Solicitud uniforme de ayuda económica para el hospital de NYS

Puede ser elegible para recibir ayuda económica para el hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro está agotado o si tiene seguro médico, pero tiene prueba de gastos médicos pagados que sumen más del 10 % de sus ingresos. Completar este formulario comenzará su solicitud para la ayuda económica para el hospital. Este formulario lo usan todos los hospitales en el estado de Nueva York.

Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales¹ que hablan los pacientes que atiende el hospital.

Nombre del paciente (llene la información que sea aplicable)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del parent/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor de edad o un adulto incapacitado)		
Correo electrónico (si lo tiene)		

Información de la familia:

Liste abajo todos los familiares en su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica y cualquier hijo u otros dependientes. Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas listadas en la misma declaración de impuestos.

Los ingresos brutos son sus ingresos **antes** de que se deduzcan los impuestos.

El ingreso bruto puede incluir ingresos por trabajo (sueldos, salarios, propinas, ingresos por trabajo por cuenta propia), ingresos no devengados (beneficios del seguro social, discapacidad y desempleo), contribuciones (dinero de familiares o amigos) y otras fuentes de ingreso (asistencia temporal y Supplemental Security Income).

Nombre completo	Relación	Total de ingresos brutos (actuales)
	Yo	

¹ Los "idiomas principales" incluyen cualquier idioma que se use para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes por año, o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital, según se calcula usando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

El hospital podría pedirle que presente documentación como prueba de ingresos; algunos ejemplos de documentación pueden incluir un talonario de pago, una carta de su empleador (si corresponde) o el Formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado con su empleador o que haya comprado por su cuenta? Sí No

Si respondió “No”, ¿le gustaría obtener ayuda para aplicar a cualquiera de estos programas?

Sí No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos altos. Si tiene seguro, dé un cálculo de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede pedirle que presente documentación como prueba de 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 (p. ej., cónyuge, padre/madre, representante legal).

Entiendo que la información que presente puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi entender.

Nombre en letra de molde	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y directrices

Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede aplicar para ayuda económica 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 ayuda económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas a cobro mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le niega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información para hacerlo estará en el aviso que reciba del hospital. Puede tener derecho a apelar la cantidad de su ayuda económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas sin pagar a una agencia de cobro por al menos los 180 días siguientes a su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar acciones legales, incluso presentar demandas, para recuperar facturas médicas no pagadas de pacientes por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Las guías de pobreza pueden encontrarse aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Cualquier información presentada en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar su elegibilidad para ayuda económica y seguirá siendo confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle los servicios médicamente necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la Oficina de ayuda económica para pacientes de St. Mary's Healthcare al 518-546-6238.
- Si más necesita ayuda 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 obtener descuentos de pago en niveles de ingresos mayores a los especificados abajo o para dar mayores descuentos de pago para pacientes elegibles que los que exige Public Health Law (Ley de salud pública). Además, el estado migratorio no será un criterio de elegibilidad a los efectos 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 suman más del diez por ciento de los ingresos anuales brutos de dicha persona); o
- quienes hayan agotado sus beneficios de seguro médico y puedan demostrar incapacidad para pagar los cargos totales; o
- a discreción del hospital, las personas que puedan demostrar que no pueden pagar su copago o su deducible pueden pedir un pago reducido o con descuento.

Las personas con hasta el 400 % del Nivel federal de pobreza son elegibles para ayuda económica.

Niveles Federales de Pobreza (2025)

Tamaño del grupo familiar	200 %	300 %	400 %
1 persona	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 personas	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 personas	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 personas	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 personas	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 personas	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 personas	\$97,300	\$145,950	\$194,600

Actualizados cada año: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tasas de descuento mínimas

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

Nivel de ingresos	Pago
Inferior al 200 % del FPL	No se cobran los cargos
200-300 % del FPL	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10 % de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un 10 % de la cantidad que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.
301-400 % del FPL	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20 % de la cantidad que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % de la cantidad que se hubiera pagado de conformidad con el costo compartido del seguro de dicho paciente.

Los hospitales pueden elegir dar descuentos mayores para pacientes elegibles u ofrecer descuentos de pago para niveles de ingresos más altos.

Planes de pagos en parcialidades

Los planes de pagos en parcialidades 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 brutos mensuales y la tasa de interés que se cobre al paciente del saldo sin pagar, si lo hay, no puede exceder el 2 %.

Solicitud de prueba de ingresos del grupo familiar

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como los hijos). Por ejemplo, esto incluiría a todas las personas en la misma declaración de impuestos (persona que declara impuestos, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para comprobar sus ingresos. No tiene que entregar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de falta de ingresos en el grupo familiar si no tiene ingresos.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de NY. Si tiene este documento, no tiene que presentar ninguna otra información de ingresos listada abajo al hospital.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Cantidad al mes:</u>	<u>El solicitante puede entregar:</u>
Sueldo	\$	Proporcione un talón de pago o una carta del empleador en papel membreteado de la empresa, firmada y con fecha, o la declaración de impuestos más reciente presentada.
Pago de 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 anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del carta, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación de desempleo	\$	Copia de la carta o certificado de adjudicación, o del estado de beneficio mensual del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor), o copia de la Direct Payment Card con impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o impresión de la información de la cuenta del beneficiario de NYS 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 adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o copia de la carta de beneficios anuales. Para pedir 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 talonario de cheque.
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$	Copia de la orden del tribunal o 3 meses de cheques/talonarios cobrados.
Dividendos/interés	\$	Estados de dividendos o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que declare la cantidad de ganancias que no sean de sueldos (si los hay), como ingresos por alquiler, efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración de falta de ingresos firmada.