



150 Broad Street
Hamilton, NY 13346

Cuidados de calidad, cerca de casa

Política de ayuda financiera – Resumen en lenguaje llano

Community Memorial Hospital ofrece cuidados de urgencias, y servicios de salud médicamente necesarios sin tener en cuenta la capacidad de pago del cliente.

Servicios elegibles: Disponemos de ayuda financiera para pacientes elegibles con el fin de ayudar a sufragar el coste de estos servicios. Los cuidados de urgencias son aquellos servicios prestados en un Departamento de urgencias. Los servicios de salud médicamente necesarios son aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar problemas médicos que causan dolor grave, ponen en peligro la vida, o tienen como resultado una enfermedad o dolencia. La ayuda financiera **no está disponible** para los servicios de estancia hospitalaria de rehabilitación (Swing Bed Program). Nuestro Programa de ayuda financiera (Financial Assistance Program) cubre las áreas de servicio primario de los condados de Chenango, Cortland, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego, además de todos los residentes del Estado de Nueva York. La ayuda financiera también está disponible para que los pacientes elegibles puedan reducir el costo de las franquicias (deducibles), coaseguros y copagos, con la excepción de los servicios proporcionados en los consultorios de atención primaria de médicos de hospital.

Pacientes elegibles: Los pacientes que reciben servicios elegibles, que presentan una solicitud de ayuda financiera (Financial Assistance Application) completada, y que la Asesoría Financiera (Financial Counseling Office) del Community Memorial Hospital considera elegibles.

Cómo realizar la solicitud: Las solicitudes para la ayuda financiera se pueden obtener de las siguientes maneras:

- Obtenga una solicitud en persona en la zona de registro de pacientes del Community Memorial Hospital, o en la Asesoría Financiera, en línea en el <http://www.communitymemorial.org/financial-assistance/>, pídale por correo postal llamando al 315 824 6553 o envíe una solicitud por escrito al Community Memorial Hospital, 150 Broad Street, Hamilton NY 13346.
- Regrese las solicitudes completadas con el justificante de ingresos (proof of income) requerido al Community Memorial Hospital, Attention: Financial Counseling Department, 150 Broad Street, Hamilton, NY 13346.

Determinación de elegibilidad para ayuda financiera – generalmente, la elegibilidad del paciente depende de los niveles de ingresos de su hogar en relación a los niveles federales de pobreza establecidos. La ayuda oscila entre una cancelación completa (del 100%) de los costos y un porcentaje de transferencia calculado en relación con las "cantidades generalmente facturadas" o "AGB" del hospital. AGB significa que las cantidades generalmente facturadas a los individuos asegurados y se calculan en base a todas las reclamaciones permitidas por Medicare y los aseguradores privados de salud durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados para esas reclamaciones. Véase adjunto para el Resumen de asistencia financiera y materiales de aplicación.

Community Memorial Hospital

150 Broad Street

Hamilton, NY 13346

Resumen del Programa de ayuda financiera para el 2020

Los servicios cubiertos por el programa son:

1. Pacientes ingresados con cuidados intensivos
2. Pacientes de servicios de urgencias
3. Pacientes de cirugía ambulatoria
4. Pacientes ambulatorios referidos
5. Pacientes en observación
6. Pacientes del consultorio de atención primaria de médicos de hospital (sólo no asegurados)

Nota: Este programa no está disponible para los servicios de estancia hospitalaria de rehabilitación (Swing Bed Services).

El importe de la reducción de las tasas se basará en la versión más reciente de las Directrices del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La siguiente tabla se basa en el número de personas que viven en el hogar y en los ingresos individuales o del hogar del 100 % al 300 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)

Niveles de descuento (basado en la tabla de nivel de pobreza federal abajo):

No asegurado (sin seguro):

% discount of AGB	100%	75%	50%	25%	AGB*
-------------------	------	-----	-----	-----	------

Insuficientemente asegurado (después del seguro): * sólo cuentas hospitalarias. Porcentaje de descuento en los deducibles, copagos o saldos de coaseguro solamente

	100%	50%	25%
--	------	-----	-----

Personas en la unidad familiar	100 - 150% FPL	151 - 175% FPL	176 - 200% FPL	201 - 250% FPL	251 - 375% FPL
1	12.760 - 19.140	19.141 - 22.330	22.331 - 25.520	25.521 - 31.900	31.901 - 47.850
2	17.240 - 25.860	25.861 - 30.170	30.171 - 34.480	34.481 - 43.100	43.101 - 64.650
3	21.720 - 32.580	32.581 - 38.010	38.011 - 43.440	43.441 - 54.300	54.301 - 81.450
4	26.200 - 39.300	39.301 - 45.850	45.851 - 52.400	52.401 - 65.500	65.501 - 98.250
5	30.680 - 46.020	46.021 - 53.690	53.691 - 61.360	61.361 - 76.700	76.701 - 115.050
6	35.160 - 52.740	52.741 - 61.530	61.531 - 70.320	70.321 - 87.900	87.901 - 131.850
7	39.640 - 59.460	59.461 - 69.370	69.371 - 79.280	79.281 - 99.100	99.101 - 148.650
8	44.120 - 66.180	66.181 - 77.210	77.211 - 88.240	88.241 - 110.300	110.301 - 165.450
Añadir para cada persona adicional	4.480 - 6.720	6.721 - 7.840	7.841 - 8.960	8.961 - 11.200	11.201 - 16.800

* "Cantidades Generalmente Facturadas" o "AGB" significa las cantidades normalmente facturadas a los individuos asegurados. El porcentaje de AGB es calculado por Community Memorial Hospital basado en todos los reclamos permitidos por Medicare y los aseguradores privados de salud durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados por tales reclamos.

Los pacientes elegibles también pueden recibir ayuda financiera para reducir el costo del coaseguro, copagos y franquicias (deducibles), excepto en los consultorios de médicos de hospital.

Documentos específicos requeridos para cada miembro del hogar:

1. Nóminas de las últimas 4 semanas consecutivas (si recibe pagos cada dos semanas, 2 nóminas).
2. Prueba de ingresos por desempleo, seguridad social, pensión, compensación de trabajadores, prestaciones por incapacidad, etc.
3. Para los trabajadores autónomos, libro de cuentas de (3) meses o un formulario de autocertificación (la declaración de impuestos a la renta es opcional).

Cualquier residente de los condados de Chenango, Cortland, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego y todos los residentes del Estado de Nueva York que reciben servicios en el Community Memorial Hospital pueden solicitar este programa. Por favor complete y regrese la solicitud adjunta con la documentación solicitada.

Si tiene preguntas sobre esta política, puede contactar a la Asesoría Financiera del Community Memorial Hospital llamando al 315-824-6553.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL
 FINANCIAL COUNSELING DEPARTMENT
 150 BROAD STREET
 HAMILTON, NY 13346

SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA

POR FAVOR REGRESE ESTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA A LA DIRECCIÓN ESCRITA ARRIBA EN EL PLAZO DE 30 DÍAS. RECIBIRÁ UNA NOTIFICACIÓN EN UN PLAZO DE 30 DÍAS COMUNICÁNDOLE SI LA AYUDA FINANCIERA HA SIDO APROBADA Y EL NIVEL DE DESCUENTO RECIBIDO. SI LA SOLICITUD ES DENEGADA, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN CONTACTANDO AL DIRECTOR FINANCIERO (CHIEF FINANCIAL OFFICER) LLAMANDO AL 315-824-6081. SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA O SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD, POR FAVOR CONTACTE A LA ASESORÍA FINANCIERA EN EL 315-824-6553.

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

PARTE RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD): _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPLEADOR: _____ PROFESIÓN: _____

COMPROBANTE DE INGRESOS: _____ NÓMINAS DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS,
 2 SI RECIBE LA PAGA CADA DOS SEMANAS
 _____ PRUEBA DE INGRESOS POR DESEMPLEO, SEGURIDAD SOCIAL,
 PENSIONES, COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR, INCAPACIDAD, ETC.
 _____ PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS, 3 MESES DE LIBRO DE
 CUENTAS O UN FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN, (LA
 DECLARACIÓN DE IMPUESTOS A LA RENTA ES OPCIONAL)

LISTADO DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	TOTAL PARA EL MES PASADO			
	PACIENTE	CÓNYUGE O PAREJA	PADRE/MADRE (SI EL PACIENTE ES UN NIÑO/A)	TOTAL
SALARIOS				
GRANJA/TRABAJADOR AUTÓNOMO				
SEGURIDAD SOCIAL				
DESEMPLEO				
MANUTENCIÓN MARITAL/INFANTIL				
DISCAPACIDAD				
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR				
DIVIDENDOS/INTERÉS/RENTAS				
ASIGNACIÓN MILITAR				
PENSIÓN				
TODOS LOS DEMÁS INGRESOS				

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA — ASEGÚRESE DE INCLUIR HIJOS DEPENDIENTES Y SUS EDADES
 NOMBRE RELACIÓN NOMBRE RELACIÓN

CONFIRMO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FECHA: _____ FIRMA: _____

NO SE EXIGE NINGÚN PAGO DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN HASTA QUE RECIBA UNA DECISIÓN DE ESTA OFICINA.



Autocertificación de los ingresos

Los pacientes y los miembros de la familia deben utilizar este formulario si son autónomos o no tienen otra documentación para verificar sus ingresos.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

- Recibo pagos en efectivo y no recibo una nómina de ingresos
- Trabajo por cuenta propia (autónomo)
- Estoy desempleado/a y no tengo ingresos

Por favor indique sus ingresos mensuales brutos: \$ _____

***Certifico que no tengo ninguna otra manera para documentar los antedichos ingresos.
Confirmo que la información proporcionada sobre los ingresos es verdadera, completa
y correcta a mi leal saber y entender.***

Firma: _____ Fecha: _____