

BERTRAND CHAFFEE HOSPITAL **FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**

*224 East Main St
Springville, NY 14141
T- 716-592-2871*

Estimado Paciente,

Bertrand Chaffee Hospital está orgulloso de su misión pública de brindar atención de calidad a todos que lo necesiten, las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año.

Si no tiene seguro médico o le preocupa no poder pagar el total de su visitas, podemos ayudarlo. El Hospital Bertrand Chaffee brinda ayuda financiera a los pacientes en función de sus ingresos, activos y necesidades.

Es importante que nos informe si tendrá problemas para pagar su factura; Las leyes federales y estatales exigen que todos los hospitales exijan el pago total de lo que facturan directamente a los pacientes. Esto significa que podemos entregar las facturas impagas a una agencia de cobranza, lo que podría afectar su estado crediticio.

El programa NO es una cobertura de seguro. Si lo aprueba Bertrand Chaffee Hospital, este programa solo es válido para los servicios proporcionados por Bertrand Chaffee Hospital. Debe presentar la solicitud en otras instalaciones para tener cobertura en otros lugares; No todas las organizaciones tienen estos programas.

Si se aprueba para este programa, la cobertura es válida por (6) seis meses a partir de la fecha de su carta de aprobación.

Para completar este proceso, es posible que le solicitemos que solicite otros medios de cobertura de seguro o Medicaid de Nueva York. También debe presentar prueba de sus ingresos de los últimos tres (3) meses. Requerimos copias de sus recibos de pago más recientes o su calendario de desempleo.

Si desea solicitar ayuda financiera, complete la solicitud adjunta y envíelo por correo a la dirección que figura al final de la solicitud con los documentos de respaldo requeridos a la atención del Departamento de Cobranzas. También puede visitar nuestro sitio web en www.bertrandchaffee.com para obtener una copia de la solicitud de ayuda financiera.

Una vez recibida su solicitud completa, su cuenta quedará en espera durante 30 días para revisión interna. Se le enviará documentación formal con una determinación sobre la elegibilidad y la cantidad de asistencia proporcionada.

Si tiene alguna pregunta sobre la información que se requiere, llame al 716-592-2871 extensión. 1215.

Le agradecemos que haya elegido Bertrand Chaffee Hospital para sus necesidades de atención médica.

Atentamente,
Departamento de Colecciones

Solicitud de asistencia económica de NYS Uniform Hospital

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera del hospital para pagar sus facturas si no tiene seguro, si se agotó su seguro o si tiene seguro médico y una prueba de gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos. Al completar este formulario, se iniciará su solicitud de asistencia económica hospitalaria. Este formulario es utilizado por todos los hospitales del estado de Nueva York.

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

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Número de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de contacto:		
Nombre del padre/tutor o representante legal (si el paciente es un niño menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

Información familiar:

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

Ingreso bruto significa su ingreso **antes** de que se deduzcan los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no derivados del trabajo (ingresos del seguro social, beneficios discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingreso de seguridad suplementario).

Nombre completo	Vínculo	Ingresos brutos totales (actual)
	Usted	

¹ "Idiomas principales" incluye cualquier idioma que se use 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 hospitalario primario, según se calcule utilizando información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

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

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluido Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o comprado por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☐ No

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

\$

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

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

Entiendo que la información que envío puede estar sujeta a verificación de fuentes externas. Certifico que la información proporcionada es precisa y completa según mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el/la paciente	
Firma	

Solicitud de Comprobante de Ingresos Familiares

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

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario que proporcione todos estos documentos. También puede proporcionar una declaración de que no tiene ingresos familiares si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de salud del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información de ingresos que se enumere a continuación.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto por mes:</u>	<u>El solicitante podrá aportar:</u>
Salario	\$	Proporcione un talón de cheque de pago o una carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmado y fechado o la declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente.
Pago del 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 Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Subsidio por desempleo	\$	Copia de la carta/certificado de adjudicación, o declaración mensual de beneficios del NYS Department of Labor (Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York), o copia de la tarjeta de pago directo impresa, o correspondencia del NYS Department of Labor (Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York) o impresión de la información de la cuenta del destinatario del sitio web del NYS Department of Labor (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 una copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización por accidente de trabajo	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$	Copia de la orden judicial o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/Intereses	\$	Estados de dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique el monto de los ingresos no salariales (si los hubiera), como ingresos por alquiler, efectivo para trabajos ocasionales, etc.
No tiene ingresos	\$0	Declaración firmada de que no tiene ingresos.