

**ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

## **PROPÓSITO**

La presente Política de asistencia financiera describe el proceso de prestación de servicios no compensados y no asegurados a pacientes que reúnan los requisitos necesarios.

## **POLÍTICA**

Es política de Calvary Hospital informar a cada paciente sobre la disponibilidad de recibir asistencia financiera, definida como servicios de atención médica sin costo o con costo reducido para los pobres o indigentes y con base en su capacidad de pago y falta de cobertura de seguro. Esta política se aplicará uniformemente a todos los pacientes que soliciten dicha consideración según las necesidades financieras para los residentes del estado de Nueva York. La cantidad de asistencia financiera otorgada no se basará en la condición médica del solicitante.

Esta política solo se aplicará a los suministros y servicios médicamente necesarios proporcionados por el hospital.

Puede encontrar una copia de esta política y el lenguaje sencillo de esta política en el sitio web del hospital en [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

**ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)**

**PROCEDIMIENTO**

Los pacientes no asegurados o los pacientes que han agotado sus beneficios de seguro médico que se presenten para solicitar servicios se remitirán a la Caja ubicada en el Departamento de Finanzas para una evaluación financiera. En todas las áreas de registro se han colocado avisos con información de contacto para ayudar a los pacientes que no pueden pagar. En la factura del paciente, también se indica la notificación de esta política y un número de teléfono de contacto (718 518 -2063) (Departamento de Cuentas del Paciente).

**A. Notificación**

Cada persona que solicite los servicios de Calvary debe ser informada sobre la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Calvary de la siguiente manera:

1. Entregue un aviso individual a cada persona que desee recibir los servicios en su nombre o en nombre de otra persona. Por lo general, este aviso se entrega a la persona en el momento de la admisión o del registro cuando se analizan los acuerdos financieros. El “Aviso de disponibilidad para asistencia financiera” se actualiza anualmente (Consulte el Anexo I).
2. Los avisos se publican en lugares visibles de las áreas de la Oficina de Admisión, la Oficina Comercial, la Clínica y la Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar. Los avisos estarán en inglés, español y ruso. Las copias impresas de la política están disponibles en varios idiomas. Además, Calvary tiene acceso a un servicio telefónico de idiomas que agrega idiomas adicionales.
3. Publique la Política FAP y la Política FAP en lenguaje sencillo en el sitio web del Hospital en inglés, español y ruso. Puede encontrar esta información en [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).

**P  
R  
O  
C  
E  
D  
I  
M  
I  
E  
N  
T  
O**

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

## **B. Elegibilidad**

Las personas son elegibles para la asistencia financiera si cumplen los siguientes requisitos:

1. No están cubiertas o reciben servicios no cubiertos por una aseguradora externa de un programa gubernamental, o tienen montos de responsabilidad del paciente con aseguradoras externas.
2. Tienen ingresos familiares anuales de no más del 300 % de las pautas de ingresos nacionales que definen el nivel de pobreza.
3. Solicitan servicios dentro del plan de servicios del programa de instalaciones.

Todos los pacientes deberán solicitar Medicaid como una condición antes de recibir la Asistencia financiera. Si no cooperan con el proceso de solicitud de Medicaid, se le podría negar la Asistencia financiera. Coopere con la solicitud y cumpla con los requisitos de Medicaid, como se podría esperar razonablemente, para facilitar la elegibilidad (por ej., asistencia con la información, “gastos reducidos”, etc.).

Todos los pacientes no asegurados son potencialmente elegibles para el nivel más bajo de descuento disponible en la Tabla de descuentos proporcionada por Calvary Hospital (incluidos los proveedores que están empleados o contratados directamente por Calvary Hospital) hasta que se presente una solicitud completa de Medicaid.

Calvary Hospital proporcionará atención médica de emergencia dentro de las pautas de la Política de respuesta rápida (Consulte la Política de enfermería B19 Respuesta rápida) sin discriminar si las personas son o no elegibles para la FAP.

### **Servicios para los cuales está disponible la asistencia financiera de acuerdo con esta política**

Reúnen los requisitos de elegibilidad aquellos servicios médicamente necesarios proporcionados por médicos y otros proveedores de atención médica que le brinden tratamiento en Calvary Hospital, ya sea que estén empleados o sean contratados directamente por el hospital. Todos los servicios de proveedores enumerados están cubiertos de acuerdo con esta política, excepto el Dr. Burger, que, si bien tiene un contrato con Calvary Hospital, factura sus propios servicios y, por lo tanto, sus servicios no están incluidos en la Política FAP de Calvary.

Puede acceder a un listado completo de proveedores empleados o proveedores contratados por Calvary en su sitio web: [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

### **Período de elegibilidad**

Si un paciente es aprobado para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política, dicha elegibilidad se mantendrá en vigencia durante un (1) año desde la fecha de aprobación de la solicitud.

### **C. Determinación de elegibilidad para la asistencia financiera**

1. El paciente será evaluado en cuanto a su elegibilidad para recibir Medicaid o atención administrada de Medicaid. Si se considera que el paciente es elegible para cualquiera de las opciones anteriores, el paciente también recibirá la solicitud de asistencia financiera y el hospital no realizará cobros durante el proceso de solicitud.
2. La decisión se puede tomar antes, durante o después del episodio de atención. A fin de determinar la asistencia financiera, el paciente debe hacer la solicitud antes de 240 días de la fecha del alta. Los solicitantes deben devolver una solicitud firmada con los documentos de respaldo, según se describe en la solicitud, dentro de los 20 días de la fecha de la solicitud. Calvary Hospital se reserva el derecho de extender este período según sea el caso:

La documentación de respaldo puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

- a. recibos de pago de un mes/cheques de desempleo/documentos de compensación/cheques del Seguro Social/copia de cartas de concesión;
- b. formulario de solicitud de la Política de asistencia financiera completado y firmado;
- c. formulario W2 por el año anterior o declaración de impuestos;
- d. otra documentación según se solicite.

Generalmente, los ingresos familiares del paciente no deben exceder el 300 por ciento del nivel de Pobreza Federal más reciente para calificar (para obtener información sobre las pautas de Pobreza Federal, visite <http://aspe.hhs.gov/poverty/>). La asistencia se basará, pero no se limitará, al tamaño y a los ingresos del grupo familiar. Adicionalmente, las revisiones de los documentos solicitados deben indicar que no tienen disponibles otras fuentes de ingresos. Cuando se determina la elegibilidad para la FAP, el Hospital no toma en cuenta la residencia primaria u otros bienes del paciente.

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

Se utilizará la siguiente escala fluctuante para determinar el nivel de asistencia financiera (según las pautas de Pobreza Federal):

100 % de descuento si el nivel de ingresos del grupo familiar es menor que 200 %;  
90 % de descuento si los ingresos son mayores que 201 % y hasta 250 %; y  
85 % de descuento si los ingresos son mayores que 251 % y menores que 300 %.

3. Cuando se reciba toda la documentación solicitada, el director de Cuentas del Paciente o el gerente de Cuentas del Paciente tomará una determinación definitiva con respecto al estado de asistencia financiera del paciente en un plazo máximo de siete días. Si no se recibe toda la documentación solicitada, el paciente no calificará. Calvary Hospital no realiza una presunta elegibilidad para nuestros pacientes. Durante este período de determinación, se colocará una retención a la factura en la cuenta del paciente.

El director de Cuentas del Paciente o el gerente de Cuentas del Paciente tomará una determinación inicial con respecto al hecho de que si el paciente califica para recibir los servicios sin costo o con costos reducidos según las entrevistas personales o la documentación preliminar presentada. En el momento en que se apruebe la solicitud para la Política de asistencia financiera, se ajustará el saldo mediante el uso del método prospectivo de montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB).

Los saldos de la cuenta del paciente que califican se ajustan según el monto generalmente facturado (AGB), en primer lugar, y luego se aplica el descuento de asistencia financiera, si corresponde. A una persona que califique para la asistencia financiera (FAP) no se le facturará más del monto generalmente facturado (AGB).

#### Resumen del AGB de 2021

- Pacientes internados: reducción de los gastos brutos para el pago actual de la Ley de Equidad en Impuestos y Responsabilidad Fiscal (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA) de Medicare de \$1,174.00 por día (tarifa actual de 2021, tarifa sujeta a cambio).
- Pacientes ambulatorios: reducción de los gastos brutos para la tarifa promedio de Medicare del Sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (Outpatient Prospective Payment System, OOPS) de 2021 como se muestra más abajo, o la tarifa de OPSS más actualizada:

Visita clínica	G0463	\$125.38
----------------	-------	----------

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

- Cargos del médico: reducción de los gastos brutos para las tarifas de Medicare 2021 como se muestra más abajo, o el Cronograma de tarifas de Medicare más actualizado:

Nivel 1	99231	\$46.91
Nivel 2	99232	\$85.36
Nivel 3	99233	\$123.05
Admisión	99221	\$115.78
Admisión	99223	\$240.35
Alta	99238	\$86.92

- Cuidados paliativos: reducción de los gastos brutos para las tarifas de Medicare de cuidados paliativos actuales, como se muestra más abajo:

Desde oct. de 2020 hasta sep. de 2021	BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS	Nassau
Día de rutina 1 a 60	\$245.58	\$241.52
Día de rutina más de 61	\$194.11	\$190.91
SIA (visitas de SN/MS durante los últimos siete días de vida)	\$73.56/hora	\$72.34/hora
Atención continua	\$1,765.47/24 horas	\$1,736.33/24 horas
Cuidado de relevo	\$545.55	\$538.16
Atención general para pacientes internados	\$1,272.16	\$1,252.35

- Atención domiciliaria: reducción de los gastos brutos para las tarifas de atención domiciliaria actuales de Medicare, como se muestra más abajo:

2021	SN	PT	OT	ST	MSW	HA
	146.50	160.14	161.24	174.06	234.82	66.34

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

Servicio	Monto generalmente facturado*	200 % del FPL  100 % de descuento	250 % del FPL  90 % de descuento	300 % del FPL  85 % de descuento
<b>Pacientes internados (por día)</b>	\$1,174.00	\$0.00	\$ 117.40	\$ 176.10
<b>Clínicos</b>	\$125.38	\$0.00	\$ 12.54	\$ 18.81
<b>Del médico</b>				
99231	\$46.91	\$0.00	\$ 4.69	\$ 7.04
99232	\$85.36	\$0.00	\$ 8.54	\$ 12.80
99233	\$123.05	\$0.00	\$ 12.31	\$ 18.46
99221	\$115.78	\$0.00	\$ 11.58	\$ 17.37
99223	\$240.35	\$0.00	\$ 24.04	\$ 36.05
99238	\$86.92	\$0.00	\$ 8.69	\$ 13.04
<b>Cuidados paliativos</b>				
<b>Condado de BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS</b>				
Día de rutina 1 a 60	\$245.58	\$0.00	\$ 24.56	\$ 36.84
Día de rutina más de 61	\$194.11	\$0.00	\$ 19.41	\$ 29.12
SIA (visitas de SN/MS durante los últimos siete días de vida) por hora	\$73.56	\$0.00	\$ 7.36	\$ 11.03
Atención continua (cada 24 horas)	\$1,765.47	\$0.00	\$ 176.55	\$ 264.82
Cuidado de relevo	\$545.55	\$0.00	\$ 54.56	\$ 81.83
Cuidados paliativos generales para pacientes internados	\$1,272.16	\$0.00	\$ 127.22	\$ 190.82
<b>Condado de Nassau</b>			\$ -	\$ -
Día de rutina 1 a 60	\$241.52	\$0.00	\$ 24.15	\$ 36.23
Día de rutina más de 61	\$190.91	\$0.00	\$ 19.09	\$ 28.64
SIA (visitas de SN/MS durante los últimos siete días de vida) por hora	\$72.34	\$0.00	\$ 7.23	\$ 10.85
Atención continua (cada 24 horas)	\$1,736.33	\$0.00	\$ 173.63	\$ 260.45
Cuidado de relevo	\$538.16	\$0.00	\$ 53.82	\$ 80.72
Cuidados paliativos generales para pacientes internados	\$1,252.35	\$0.00	\$ 125.24	\$ 187.85
<b>Atención domiciliaria</b>				
Enfermería especializada	\$146.50	\$0.00	\$ 14.65	\$ 21.98
Fisioterapia	\$160.14	\$0.00	\$ 16.01	\$ 24.02
Terapia ocupacional	\$161.24	\$0.00	\$ 16.12	\$ 24.19
Terapia del habla	\$174.06	\$0.00	\$ 17.41	\$ 26.11
Trabajador social	\$234.82	\$0.00	\$ 23.48	\$ 35.22
Asistencia domiciliaria por visita	\$66.34	\$0.00	\$ 6.63	\$ 9.95

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

Los pacientes que no están suficientemente asegurados o que no cumplen con los criterios para calificar para recibir asistencia financiera como se indicó arriba se pueden considerar para recibir asistencia en cada caso particular.

4. Se requiere una determinación de elegibilidad por escrito en respuesta a cada solicitud de asistencia financiera y debe enviarse en un plazo máximo de siete (7) días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud.
5. En caso de que el paciente sea referido a una agencia de cobros antes de solicitar asistencia, la agencia referirá al paciente a la Caja del Hospital para el procesamiento de la solicitud. En ese momento la cuenta del paciente será retirada de la agencia.

#### **D. Pagos y apelaciones**

1. Además, la responsabilidad final del paciente se puede pagar a Calvary Hospital en cuotas mensuales, sin intereses. Los pagos en cuotas no deben exceder 24 meses sin aprobación administrativa, a menos que la cantidad de cada pago mensual exceda el 10 % de los ingresos familiares mensuales brutos del paciente.
2. Para decisiones no favorables los saldos pendientes se cobrarán de acuerdo con la Política de cobros y facturación del Hospital, que puede incluir referencia a agencias de cobros. La agencia de cobros realizará una investigación de patrimonio y bienes del patrimonio del paciente. Las agencias de cobros deben obtener la aprobación del Hospital por escrito antes de iniciar una acción legal. Si desea obtener una copia de la “Política de cobros y facturación” del Hospital, llame al gerente del Departamento de Cuentas del Paciente al 718-518-2064 o visite el sitio web de Calvary Hospital: [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/).
3. Un paciente puede apelar la decisión del Hospital en relación con la negación de la asistencia financiera. Las apelaciones se deben dirigir a Director of Patient Accounts, Calvary Hospital, 1740 Eastchester Rd. Bronx, NY 10461 para su revisión. Se emitirá una determinación final antes de que transcurran 2 semanas de la solicitud.
4. El Hospital medirá periódicamente su cumplimiento de esta política a través de una auditoría interna.

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021



**E. Responsabilidad**

1. El director ejecutivo es responsable de asegurarse de que Calvary Hospital cumpla con su misión establecida con respecto a la distribución de asistencia financiera.
2. El director financiero es responsable del control general de la Política de asistencia financiera de Calvary.

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

Anexo I

**AVISO DE DISPONIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Calvary Hospital, Inc. está obligado por ley a proporcionar un monto razonable de sus servicios, sin cargo, a las personas elegibles que no pueden pagar la atención. Es posible que los pacientes deban solicitar Medicaid como una condición antes de recibir asistencia financiera. Si no cooperan con el proceso de solicitud de Medicaid, en caso de que así se solicite, se le podría negar la asistencia financiera. La elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento se limitará a las personas cuyo ingreso familiar no supere el 300 % de las pautas de ingresos actuales que definen el nivel de pobreza, establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. En Calvary Hospital, Inc., la asistencia financiera está disponible para pacientes internados, atención clínica de pacientes ambulatorios, servicios médicos, atención de salud domiciliaria y pacientes de cuidados paliativos.

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, sus ingresos familiares anuales deben ser inferiores al 300 % de las pautas de ingresos anuales que definen el nivel de pobreza:

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>300 % de las pautas de ingresos anuales que definen el nivel de pobreza</u>
1	\$38,640
2	\$52,260
3	\$65,880
4	\$79,500
5	\$93,120
6	\$106,740
7	\$120,360
8	\$133,980

Por cada miembro familiar adicional (más de 8), agregar \$13,620

Si cree que puede ser elegible para recibir asistencia financiera, puede solicitarla en el Departamento de Admisiones, el Departamento de Cuentas del Paciente, la Clínica de Pacientes Ambulatorios o los departamentos de Atención Domiciliaria/Cuidados Paliativos, o bien puede llamar al 718-518-2063. Calvary Hospital hará una determinación condicional o definitiva por escrito de su elegibilidad para la asistencia financiera en un plazo máximo de siete (7) días hábiles a partir de la recepción de su solicitud.

Para obtener una copia de la Política de asistencia financiera completa, visite nuestro sitio web en: [www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.](http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/)

Entrada en vigencia: 1° de enero de 2021

## DEFINICIONES

**Ingresos:** a los fines de determinar la elegibilidad financiera de acuerdo con la Política de asistencia financiera, los ingresos incluyen los recibos de dinero en efectivo anuales totales antes de impuestos de todas las fuentes. Los ingresos incluyen el empleo independiente, el pago del Seguro Social, la compensación por desempleo, los pagos de veteranos, la asistencia pública, pensión alimentaria, manutención de menores, pensiones privadas, pensiones gubernamentales, seguro y pagos de anualidades. Calvary Hospital acepta los siguientes documentos como prueba de ingresos:

- formularios W2;
- declaraciones de impuestos;
- ingresos del Seguro Social;
- ingresos por pensiones; e
- ingresos por discapacidad.

Los ingresos no incluyen los siguientes tipos de dinero recibido: ganancias de capital, activos desembolsados como retiros de un banco, la venta de propiedad, una casa, un automóvil, reembolsos impositivos, regalos, préstamos, herencias de suma global, pagos de seguro únicos o compensación por lesiones. Además, se excluyen los beneficios que no son de dinero en efectivo, como la parte del seguro médico pagada por el empleador o pagada por el sindicato u otros beneficios adicionales del empleado, alimentos o vivienda recibidos en lugar de salarios, el valor de los alimentos y el combustible producidos y consumidos en granjas, el valor imputado del alquiler de viviendas agrícolas o no agrícolas ocupadas por el propietario y los programas de beneficios federales que no son dinero en efectivo, como Medicare, Medicaid, vales para alimentos, almuerzos escolares y asistencia de vivienda.

**Familia:** una familia es un grupo de dos o más personas con parentesco por vía de nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas estas personas con parentesco se consideran miembros de una familia. Por ejemplo, si una pareja casada de edad avanzada, su hija y el marido de esta y los dos hijos, y el sobrino de la pareja de edad avanzada vivieran en la misma casa o el mismo departamento, se consideraría que todos son miembros de una única familia.

**Persona sin parentesco:** una persona sin parentesco es una persona (excepto el recluso de una institución) que no vive con ningún familiar. Una persona sin parentesco podría ser la única persona que vive en una casa o un departamento, o podría vivir en una casa o un departamento (o en un alojamiento grupal, como una casa de huéspedes) donde también viven una o más personas que no tienen parentesco con la persona en cuestión por vía de nacimiento, matrimonio o adopción. Entre los ejemplos de personas sin parentesco que viven con otras personas se incluyen inquilinos, niños bajo tutela temporal, pupilos o empleados.

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021

**Grupo familiar:** según lo definido por la Oficina del Censo para fines estadísticos, un grupo familiar consiste en todas las personas que ocupan una unidad habitacional (casa o departamento), independientemente de si tienen algún parentesco unas con otras o no. Si una familia y una persona sin parentesco, o dos personas sin parentesco, viven en la misma unidad habitacional, constituirían dos unidades familiares (consulte el próximo punto), pero solo un grupo familiar. Algunos programas, como el Programa de Vales de Alimentos y el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos, emplean variaciones administrativas del concepto "grupo familiar" al determinar la elegibilidad por ingresos. Muchos otros programas usan variaciones administrativas del concepto de "familia" en la determinación de la elegibilidad por ingresos. Según la definición precisa del programa utilizado, los programas que utilizan un concepto de "familia" generalmente aplicarán las pautas de pobreza de forma separada a cada familia o a la persona sin parentesco dentro de un grupo familiar si el grupo familiar incluye más de una familia o persona sin parentesco.

**Unidad familiar:** este término no es un término oficial de la Oficina del Censo de EE. UU., aunque se ha utilizado en el aviso del Registro Federal de las pautas de pobreza desde 1978. Como se utiliza aquí, una persona sin parentesco o una familia (según se definió anteriormente) constituye una unidad familiar. En otras palabras, una unidad familiar de tamaño uno es una persona sin parentesco, mientras que una unidad familiar de dos/tres/etc. es lo mismo que una familia de dos/tres/etc.

Si se utiliza la definición de familia proporcionada anteriormente, esta debe interpretarse para incluir a los estudiantes de nivel terciario de la siguiente manera: se considera que los estudiantes, independientemente de su residencia, que son mantenidos por sus padres u otras personas con las que tienen un parentesco por vía de nacimiento, matrimonio o adopción viven con aquellas personas que los mantienen.



CÓDIGO: A.25

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE CALVARY HOSPITAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Código postal

Tipo de servicio prestado/solicitado: Paciente internado [ ] Paciente ambulatorio [ ] Servicios de un médico [ ] Atención domiciliaria [ ]
Cuidados paliativos [ ]

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

Declaración del solicitante:

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Además, si se me solicita, presentaré una solicitud para recibir asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que puede estar disponible para el pago de mis cargos de hospital, y tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por cargos de hospital.

Entiendo que se hace esta solicitud para que el hospital pueda juzgar mi elegibilidad para servicios no compensados con base en los criterios establecidos en el expediente del hospital. Si se comprueba que cualquier información que proporcione es falsa, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción que considere apropiada.

Fecha Firma del solicitante

Relación Nombre en letra de imprenta

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)
ELIGIBILITY DETERMINATION (FOR OFFICE USE ONLY)

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Income Verified: Yes [ ] No [ ]

Med Rec #: \_\_\_\_\_

Table with 4 columns: Patient's Gross Income, Other Family Income, Total Family Income, Last 12 Months, Last 3 Months, Family Size

[ ] The Applicant is eligible for [ ] free care under or a reduction of \_\_\_\_\_% of the hospital charges in accordance with our sliding scale. Amount provided as uncompensated services: \_\_\_\_\_.

[ ] Applicant's request for free services has been denied for the following reason(s): \_\_\_\_\_

Date of Determination of Eligibility

Date Applicant Notified

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997
Autorizado por: Andrew V. Greco
Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021



CÓDIGO: A.25

\_\_\_\_\_  
Approved by Manager of Patient Accounts

\_\_\_\_\_  
Alternate Approved by Director of Patient Accounts

The following documents were provided to verify income and family composition:

- Paycheck Stub  Income Tax Form
- Other: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997

Autorizado por: Andrew V. Greco

Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021



CÓDIGO: A.25

Nombre  
Dirección  
Ciudad, estado, código postal

Estimado(a) \_\_\_\_\_:

Calvary Hospital, Inc. ha realizado una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera para \_\_\_\_\_.

La solicitud para asistencia financiera fue recibida por Calvary Hospital \_\_\_\_\_. Según lo requerido por la regulación correspondiente, esta determinación se completó el \_\_\_\_\_, lo cual se encuentra dentro de un plazo máximo de siete (7) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud para asistencia financiera.

Según la información suministrada por el paciente, o en nombre del paciente, y de acuerdo con la Política de asistencia financiera de Calvary Hospital, se ha realizado la siguiente determinación:

- Determinación condicional aprobada; está pendiente la verificación de ingresos.
- Determinación condicional aprobada; están pendientes los resultados de la determinación de Medicaid. Si no cumple con la solicitud de Medicaid, se le podría negar la asistencia financiera.
- El solicitante es elegible para una reducción del \_\_\_\_% de los cargos compensados del Hospital\* de acuerdo con nuestra escala fluctuante. El solicitante será responsable de \$\_\_\_\_\_.
- La solicitud de asistencia financiera del solicitante fue denegada por las razones siguientes:
  - Los ingresos del solicitante superan los criterios de ingresos.
  - Otra \_\_\_\_\_

El solicitante puede apelar la decisión adversa comunicándose con el director de Cuentas del Paciente llamando al (718) 518-2385. Si su apelación no resulta exitosa o si no está de acuerdo con la decisión, puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (800) 804-5447.

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con Paulette M. Di Napoli al (718)518-2064.

Atentamente.

Paulette M. Di Napoli  
Gerente de Cuentas del Paciente

\* Los cargos compensados reflejan una reducción de los cargos de hospital para la tarifa de reembolso de Medicare antes de solicitar el descuento de asistencia financiera.

Fecha de entrada en vigencia: 6/1997  
Autorizado por: Andrew V. Greco  
Fecha de revisión: 4/2000; 4/2002; 4/2003; 4/2004; 4/2005; 3/2006; 7/2007; 7/2014; 10/2014; 9/2015; 3/2016; 10/2016; 5/2017; 7/2017; 1/2018; 4/2018; 3/2019; 3/2020; 2/2021