CALVARY HOSPITAL
Where Life Continues

Resumen de asistencia financiera

Calvary Hospital reconoce que hay momentos en los que los pacientes que necesitan atención médica tendrán dificultad para pagar los servicios proporcionados. El Hospital ofrece descuentos a las personas que califican según sus ingresos. 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 discriminación, independientemente de si las personas son elegibles para beneficiarse de la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP).
Simplemente comuníquese con nuestro Departamento de Cuentas del Paciente al 718-518-2000 x2048 para presentar una solicitud para recibir asistencia financiera: Si desea obtener una solicitud, puede visitar el sitio web del hospital en: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

¿Quién califica para un descuento?
La asistencia financiera está disponible para los pacientes con ingresos limitados que no tienen seguro médico o que han agotado sus beneficios del seguro médico.
Todos los residentes del estado de Nueva York que necesiten servicios médicamente necesarios en Calvary Hospital pueden obtener un descuento si cumplen con los límites de ingresos. A usted no le pueden negar atención médicamente necesaria porque necesite asistencia financiera.

¿Cuáles son los límites de ingresos?
El monto del descuento varía según sus ingresos y el tamaño de su grupo familiar. Si no tiene seguro médico, ha agotado sus beneficios del seguro o ha incurrido en deducibles, copagos o coseguro, estos son los límites de ingresos:

Tamaño del grupo familiar	300 % de las pautas de ingresos anuales que definen el nivel de pobreza
1	$38,640
2	$52,260
3	$65,880
4	$79,500
5	$93,120
6	$106,740
7	$120,360
8	$133,980

*Según las pautas del nivel de pobreza federal de 2022

¿Qué sucede si no cumplo con los límites de ingresos?
Si no puede pagar su factura, el Hospital puede ofrecerle un plan de pago. El monto que pagará depende de sus ingresos, pero en ningún caso superará el 10 % de sus ingresos mensuales brutos.

¿Alguien puede explicar el descuento? ¿Alguien puede ayudarme a solicitarlo?
Sí, tiene a su disposición ayuda gratuita y confidencial. Llame al Departamento de Cuentas del Paciente al 1-718-518-2000 x2048. Si no habla inglés, alguien le ayudará en su propio idioma. El asesor financiero le explicará y ayudará a solicitar un descuento. El asesor le ayudará a completar todos los formularios y le dirá qué documentos necesita traer. Los documentos pueden incluir recibos de pago de un mes/cheques de desempleo/documentos de compensación/cheques del Seguro Social/copia de cartas de concesión/formulario W2 del año anterior u otra documentación que respalde los ingresos familiares anuales.

¿Qué necesito para solicitar un descuento?
La oficina de Cuentas del Paciente o de Admisiones le proporcionará una solicitud. Simplemente complete la solicitud y envíela al Departamento de Cuentas del Paciente. Puede encontrar una solicitud y un paquete en el sitio web del Hospital en www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/, o al visitar el Departamento de Admisiones o de Cuentas del Paciente del Hospital. También puede llamar al 718-518-2063 para solicitar que le envíen por correo postal un paquete de solicitud.

¿Qué servicios están cubiertos? Esta política no cubre lo siguiente:
Todos los servicios de proveedores 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.
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/..

¿Cuánto tengo que pagar?
Los descuentos se determinan según la prueba de ingresos descrita anteriormente. Puede pagar $0 si sus ingresos son del 300 % o menos del nivel federal de pobreza y cumple con el resto de las calificaciones de elegibilidad. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares anuales y el tamaño del grupo familiar. Consulte la siguiente tabla de las pautas del nivel federal de pobreza:

	Pautas anuales de 2022			
Tamaño del grupo familiar	**100 % de las pautas del nivel federal de pobreza**	**200 % de las pautas del nivel federal de pobreza**	**250 % de las pautas del nivel federal de pobreza**	**300 % de las pautas del nivel federal de pobreza**
1	$12,880	$25,760	$32,200	$38,640
2	$17,420	$34,840	$43,550	$52,260
3	$21,960	$43,920	$54,900	$65,880
4	$26,500	$53,000	$66,250	$79,500
5	$31,040	$62,080	$77,600	$93,120
6	$35,580	$71,160	$88,950	$106,740
7	$40,120	$80,240	$100,300	$120,360
8	$44,660	$89,320	$111,650	$133,980
Se agregan más de 8 miembros por miembro	$4,540	$9,080	$11,350	$13,620
DESCUENTO		**100 %**	**90 %**	**85 %**

* Tenga en cuenta que las pautas anuales se actualizan cada enero.

Calvary Hospital utiliza el Método prospectivo para calcular los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB). Los saldos de la cuenta del paciente que califica se ajustan según el 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 AGB.

Si usted es elegible para un descuento, se aplicarán las siguientes tarifas:

Servicios	Monto generalmente facturado (AGB)	200 % del FPL 100 % de descuento	250 % del FPL 90 % de descuento	300 % del FPL 85 % de descuento
Pacientes internados (por día)	$1,449.00	$0.00	$144.90	$217.35
Clínicos	$143.96	$0.00	$14.40	$21.59
Del médico				
99231	$44.83	$0.00	$4.48	$6.72
99232	$84.49	$0.00	$8.45	$12.67
99233	$121.19	$0.00	$12.12	$18.18
99221	$122.22	$0.00	$12.22	$18.33
99223	$235.56	$0.00	$23.56	$35.33
99238	$85.08	$0.00	$8.51	$12.76
Cuidados paliativos				
Condado de BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS				
Día de rutina 1 a 60	$248.88	$0.00	$24.89	$37.33
Día de rutina más de 61	$196.68	$0.00	$19.67	$29.50
SIA (visitas de SN/MS durante los últimos siete días de vida) por hora	$76.34	$0.00	$7.63	$11.45
Atención continua (cada 24 horas)	$1,835.14	$0.00	$183.51	$275.27
Cuidados de relevo	$571.66	$0.00	$57.17	$85.75
Cuidados paliativos generales para pacientes internados	$1,300.62	$0.00	$130.06	$195.09
Condado de Nassau			$-	$-
Día de rutina 1 a 60	$241.58	$0.00	$24.16	$36.24
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	$73.87	$0.00	$7.39	$11.08
Atención continua (cada 24 horas)	$1,775.31	$0.00	$177.53	$266.30
Cuidados de relevo	$555.94	$0.00	$55.59	$83.39
Cuidados paliativos generales para pacientes internados	$1,263.66	$0.00	$126.37	$189.55
Atención domiciliaria				
Enfermería especializada	$153.84	$0.00	$ 15.38	$ 23.08
Fisioterapia	$168.51	$0.00	$ 16.85	$ 25.28
Terapia ocupacional	$169.31	$0.00	$ 16.93	$ 25.40
Terapia del habla	$182.77	$0.00	$ 18.28	$ 27.42
Trabajador social	$246.58	$0.00	$ 24.66	$ 36.99
Asistencia domiciliaria por visita	$69.66	$0.00	$ 6.97	$ 10.45

¿Cómo obtengo un descuento?
Debe completar el formulario de solicitud. Tan pronto como tengamos la información sobre su residencia, ingresos y tamaño del grupo familiar, podremos procesar su solicitud para un descuento.
Puede solicitar un descuento antes de tener una cita, antes de acudir al hospital para recibir atención médica o antes de que la factura llegue por correo postal. Envíe el formulario completado a Calvary Hospital, 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461.
Los pacientes tendrán un mínimo de doscientos cuarenta (240) días a partir de la fecha del servicio o del alta para solicitar asistencia financiera. Los pacientes tendrán, como mínimo, otros veinte (20) días a partir de la recepción de los materiales de la solicitud del hospital para proporcionar la información.

¿Cómo sabré si fui aprobado para el descuento?
El Hospital le enviará una carta en un plazo máximo de 7 días después de completar y enviar la solicitud, en la que le indicará si ha sido aprobado y el nivel de descuento para el cual califica. Con respecto a las decisiones no favorables, los saldos pendientes se cobrarán de acuerdo con la "Política de cobros y facturación" del Hospital, que puede incluir derivaciones 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/.

¿Qué sucede si recibo una factura mientras espero saber si puedo obtener un descuento?
No tiene la obligación de pagar una factura de hospital mientras su solicitud para un descuento está bajo consideración. Si le rechazan su solicitud, el Hospital debe informarle el motivo por escrito y debe proporcionarle un medio para apelar la decisión a un nivel superior dentro del Hospital.

¿Qué ocurre si tengo un problema que no puedo resolver con el Hospital?
Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-804-5447.

CALVARY HOSPITAL
Where Life Continues

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 médica. Es posible que los pacientes deban solicitar Medicaid como una condición antes de recibir asistencia financiera. Si no coopera 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 cuyos ingresos familiares no superen 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:

Tamaño del grupo familiar	**300 % de las pautas de ingresos anuales que definen el nivel de pobreza**
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 718-518-2000 x2063. Calvary Hospital emitirá 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/.

Entrada en vigencia: 1° de enero de 2022

CALVARY HOSPITAL
Where Life Continues

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 de ingresos. Los ingresos incluyen el empleo independiente, el pago del Seguro Social, la compensación por desempleo, los pagos de veteranos, la asistencia pública, la pensión alimentaria, la manutención de menores, las pensiones privadas, las pensiones gubernamentales, el seguro y los 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 bienes, 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 un 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.

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 define 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.

CALVARY HOSPITAL
Where Life Continues

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 recibir 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 medida 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 #: _____

	Last 12 Months	**Last 3 Months**	**Family Size**
Patient's Gross Income	_____	_____	_____
Other Family Income	_____	_____	_____
Total Family Income	_____	_____	_____

☐ 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 Applicant Notified Date

_____
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: _____