

Resumen de ayuda económica

Calvary Hospital reconoce que hay ocasiones en que los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar los servicios prestados, por lo que el hospital les ofrece descuentos a las personas que califican según sus ingresos.

Calvary Hospital brindará atención médica de emergencia de acuerdo con las pautas de la política de respuesta rápida (consulte la política de enfermería B.19 respuesta rápida) sin discriminación, independientemente de que las personas califiquen o no para beneficiarse de la política de ayuda económica.

Solo tiene que comunicarse con nuestro Departamento de Cuentas de Pacientes al 718-518-2048 para pedir una solicitud de ayuda económica, que también puede encontrar en el sitio web del hospital:

www.CalvaryHospital.org/admissions/patientfinancialinformation

¿Quién califica para un descuento?

Hay ayuda económica disponible para pacientes con ingresos limitados que no tienen seguro médico o que ya agotaron los beneficios de su seguro médico.

Todo residente del estado de Nueva York que necesite servicios médicamente necesarios en Calvary Hospital puede conseguir un descuento si cumple con los límites de ingresos. No se le puede negar atención médica necesaria porque requiere ayuda económica.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía según sus ingresos y el tamaño de su familia. Si no tiene seguro médico, agotó los beneficios de su seguro o se le generaron deducibles, copagos o coseguros, estos son los límites de ingresos:

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Pautas de ingresos del nivel de pobreza anual del 400 %</u>
1	\$62 600
2	\$84 600
3	\$106 600
4	\$128 600
5	\$150 600
6	\$172 600
7	\$194 600
8	\$216 600

*Según en las pautas del nivel federal de pobreza de 2025

¿Qué pasa si no cumplo con los límites de ingresos?

Si no puede pagar su factura, el hospital puede ofrecerle un plan de pago y el monto que pagará dependerá de sus ingresos, pero en ningún caso superará el 5 % de sus ingresos brutos mensuales.

¿Puede alguien explicarme el descuento? ¿Puede alguien ayudarme a solicitarlo?

Sí, hay ayuda gratuita y confidencial disponible a través del Departamento de Cuentas de Pacientes llamando al 1-718-518-2048. Si no hablas inglés, alguien lo ayudará en su idioma. El asesor financiero le explicará y lo ayudará a solicitar un descuento y el consejero lo ayudará a rellenar todos los formularios y le dirá qué documentos tiene que traer,

que pueden incluir talones de pago de un mes, cheques de cesantía, documentos de indemnización, cheques del Seguro Social, copia de las cartas de asignación, formulario W2 del año anterior u otra documentación de soporte de sus ingresos familiares anuales.

¿Qué necesito para solicitar un descuento?

La oficina de Admisión o de Cuentas de Pacientes le entregará una solicitud, que debe rellenar y enviar al Departamento de Cuentas de Pacientes. Encontrará una solicitud y un paquete en el sitio web del hospital: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/ o en el Departamento de Admisión o de Cuentas de Pacientes del hospital y también puede llamar al 718-518-2048 para que le envíen un paquete de solicitud por correo.

¿Qué servicios se cubren?

Esta política cubre todos los servicios de los profesionales de la salud, excepto el Dr. Burger, que aunque tiene contrato con Calvary Hospital, factura sus propios servicios y, por lo tanto, no están incluidos en la póliza de ayuda económica de Calvary Hospital.

Son elegibles los servicios médicamente necesarios que brindan los médicos y otros profesionales de la salud que lo atienden en Calvary Hospital, ya sea que el hospital los emplee o contrate directamente. Esta política cubre todos los servicios de los profesionales mencionados, excepto el Dr. Burger, que aunque tiene contrato con Calvary Hospital, factura sus propios servicios y, por lo tanto, no están incluidos en la póliza de ayuda económica de Calvary Hospital. Puede encontrar una lista completa de los profesionales empleados o contratados por Calvary Hospital en su sitio web: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

¿Cuánto tengo que pagar?

Los descuentos se determinan en función de la prueba de ingresos descrita anteriormente. Puede pagar tan solo \$0 si sus ingresos equivalen al 400 % o menos del nivel federal de pobreza y cumple con todos los demás requisitos de elegibilidad. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares anuales y en el tamaño de la familia. Consulte la siguiente tabla de pautas federales de pobreza:

2025

Pautas anuales

Tamaño de la familia	100 % Pautas federales de pobreza	200 % Pautas federales de pobreza	250 % Pautas federales de pobreza	300 % Pautas federales de pobreza	350 % Pautas federales de pobreza	400 % Pautas federales de pobreza
1	\$15 650	\$31 300	\$39 125	\$46 950	\$54 775	\$62 600
2	\$21 150	\$42 300	\$52 875	\$63 450	\$74 025	\$84 600
3	\$26 650	\$53 300	\$66 625	\$79 950	\$93 275	\$106 600
4	\$32 150	\$64 300	\$80 375	\$96 450	\$112 525	\$128 600
5	\$37 650	\$75 300	\$94 125	\$112 950	\$131 775	\$150 600
6	\$43 150	\$86 300	\$107 875	\$129 450	\$151 025	\$172 600
7	\$48 650	\$97 300	\$121 625	\$145 950	\$170 275	\$194 600
8	\$54 150	\$108 300	\$135 375	\$162 450	\$189 525	\$216 600
Más de 8 integrantes, agregue por cada uno	\$5 500	\$11 000	\$13 750	\$16 500	\$38 500	\$55 000
DESCUENTO	100 %	90 %	85 %	80 %	75 %	

Calvary Hospital usa el método prospectivo para calcular los montos generalmente facturados. Los saldos de las cuentas de pacientes calificados se ajustan primero a dichos montos y luego se aplica el descuento de ayuda económica, si corresponde. A la persona que califique para recibir ayuda económica no se le facturará más de los montos generalmente facturados.

Si usted califica para recibir un descuento se aplicarán las siguientes tarifas:

		200 % LFP 100 %	250 % LFP 90 %	300 % LFP 85 %	350 % LFP 80 %	400 % LFP 75 %
Hospitalización (por día)	\$1 328.00	\$0.00	\$ 132.80	\$ 199.20	\$ 265.60	\$ 332.00
Clínica	\$128.87	\$0.00	\$ 12.89	\$ 19.33	\$ 25.77	\$ 32.22
Médico						
99221	\$90.15	\$0.00	\$ 9.02	\$ 13.52	\$ 18.03	\$ 22.54
99222	\$141.33	\$0.00	\$ 14.13	\$ 21.20	\$ 28.27	\$ 35.33
99223	\$188.00	\$0.00	\$ 18.80	\$ 28.20	\$ 37.60	\$ 47.00
99231	\$53.07	\$0.00	\$ 5.31	\$ 7.96	\$ 10.61	\$ 13.27
99232	\$85.88	\$0.00	\$ 8.59	\$ 12.88	\$ 17.18	\$ 21.47
99233	\$127.61	\$0.00	\$ 12.76	\$ 19.14	\$ 25.52	\$ 31.90
99234	\$105.38	\$0.00	\$ 10.54	\$ 15.81	\$ 21.08	\$ 26.35
99235	\$171.24	\$0.00	\$ 17.12	\$ 25.69	\$ 34.25	\$ 42.81
99236	\$223.89	\$0.00	\$ 22.39	\$ 33.58	\$ 44.78	\$ 55.97
99238	\$88.27	\$0.00	\$ 8.83	\$ 13.24	\$ 17.65	\$ 22.07
Atención para enfermos terminales						
Condados de BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS						
Días de rutina de 1 a 60	\$295.11	\$0.00	\$ 29.51	\$ 44.27	\$ 59.02	\$ 73.78
Más de 61 días de rutina	\$232.44	\$0.00	\$ 23.24	\$ 34.87	\$ 46.49	\$ 58.11
SIA (visitas de un enfermero especializado o especialista médico los últimos 7 días de vida por hora)	\$88.60	\$0.00	\$ 8.86	\$ 13.29	\$ 17.72	\$ 22.15
Atención continua (cada 24 horas)	\$2 126.50	\$0.00	\$ 212.65	\$ 318.98	\$ 425.30	\$ 531.63
Relevo	\$681.57	\$0.00	\$ 68.16	\$ 102.24	\$ 136.31	\$ 170.39
Hospitalización general para pacientes terminales	\$1 537.20	\$0.00	\$ 153.72	\$ 230.58	\$ 307.44	\$ 384.30
Condado de Nassau						
Días de rutina de 1 a 60	\$284.62	\$0.00	\$ 28.46	\$ 42.69	\$ 56.92	\$ 71.16
Más de 61 días de rutina	\$224.18	\$0.00	\$ 22.42	\$ 33.63	\$ 44.84	\$ 56.05
SIA (visitas de un enfermero especializado o especialista médico los últimos 7 días de vida por hora)	\$85.46	\$0.00	\$ 8.55	\$ 12.82	\$ 17.09	\$ 21.37
Atención continua (cada 24 horas)	\$2 050.92	\$0.00	\$ 205.09	\$ 307.64	\$ 410.18	\$ 512.73
Relevo	\$657.35	\$0.00	\$ 65.74	\$ 98.60	\$ 131.47	\$ 164.34
Hospitalización general para pacientes terminales	\$1 482.56	\$0.00	\$ 148.26	\$ 222.38	\$ 296.51	\$ 370.64
Atención domiciliaria						
Enfermería especializada	\$153.84	\$0.00	\$ 15.38	\$ 23.08	\$ 30.77	\$ 38.46
Fisioterapia	\$168.51	\$0.00	\$ 16.85	\$ 25.28	\$ 33.70	\$ 42.13
Terapia ocupacional	\$169.31	\$0.00	\$ 16.93	\$ 25.40	\$ 33.86	\$ 42.33
Terapia de lenguaje	\$182.77	\$0.00	\$ 18.28	\$ 27.42	\$ 36.55	\$ 45.69
Trabajador social	\$246.58	\$0.00	\$ 24.66	\$ 36.99	\$ 49.32	\$ 61.65
Asistente domiciliario por consulta	\$69.66	\$0.00	\$ 6.97	\$ 10.45	\$ 13.93	\$ 17.42

¿Cómo obtengo el descuento?

Debe rellenar el formulario de solicitud y tan pronto como tengamos la información de su residencia, ingresos y tamaño de su familia podremos procesar su solicitud de descuento. Puede solicitar un descuento antes de tener una cita, cuando venga al hospital para recibir atención o cuando reciba la factura por correo. Envíe el formulario cumplimentado a Calvary Hospital, 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461.

Los pacientes tendrán al menos doscientos cuarenta (240) días contados a partir de la fecha del servicio o alta para solicitar ayuda económica y tendrán al menos otros veinte (20) días contados a partir del momento en que reciben los materiales de solicitud del hospital para presentar la información.

¿Cómo sabré si me aprobaron el descuento?

El hospital le enviará una carta dentro de los 7 días posteriores a la finalización y presentación de la solicitud, por la que le informará si se le aprobó y el nivel de descuento para el que califica. En caso de que la decisión no sea favorable, se cobrarán los saldos pendientes en función de la política de facturación y cobranza del hospital, que puede incluir remitir su caso a una agencia de cobranza, que hará una investigación de su patrimonio y de los activos de su patrimonio. Las agencias de cobranza deben obtener la aprobación del hospital por escrito antes de emprender acciones legales. Puede conseguir una copia de la política de facturación y cobranza del hospital llamando al director del Departamento de Cuentas de Pacientes al 718-518-2064 o a en el sitio web de Calvary Hospital:

www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

¿Qué pasa si recibo una factura mientras estoy esperando a saber si me pueden dar un descuento?

No es necesario que pague la factura de hospital mientras se considera su solicitud de descuento. Si se rechaza su solicitud, el hospital debe informarle por escrito el motivo y darle un medio para apelar la decisión ante un nivel superior del hospital .

¿Qué pasa 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.

Solicitud de ayuda económica de Calvary Hospital adjunta

Se adjunta la solicitud de ayuda económica, que debe rellenar en su totalidad y entregar en un plazo de 30 días a:

Calvary Hospital
1740 Eastchester Road

Bronx, NY 10465

Atención: Cuentas de Pacientes, ayuda económica

Al recibir su solicitud, se revisará y le notificaremos por escrito nuestra decisión en un plazo de treinta (30) días.

IMPORTANTE

- ***No se le exige que incluya documentación que demuestre sus ingresos o gastos médicos pagados al presentar esta solicitud.***

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al 718-518-2048.

Atentamente,

Servicios de Asesoría Financiera

Solicitud uniforme de ayuda económica de los hospitales del estado de Nueva York

Es posible que califique para recibir ayuda económica hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si se agotó su seguro o si tiene seguro médico, pero tiene pruebas de haber pagado gastos médicos que suman más del 10 % de sus ingresos. Al rellenar este formulario se iniciará su solicitud de ayuda económica hospitalaria. Todos los hospitales del estado de Nueva York usan este formulario.

Se deberá imprimir esta solicitud en los idiomas principales¹ que hablan los pacientes que se atienden en el hospital.

Nombre del paciente (información completa que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellidos)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Dirección	Apartamento o unidad n.º	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si tiene)		

Información familiar:

Enumere a continuación todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Su hogar incluye a usted mismo, a su cónyuge o pareja de hecho y a sus hijos u otros dependientes, por ejemplo, incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto se refiere a sus ingresos **antes** de deducir los impuestos.

Los ingresos brutos pueden ser sus ganancias laborales (sueldos, salarios, propinas, ganancias de trabajos por cuenta propia), ingresos no devengados (seguro social, discapacidad y beneficios de desempleo), aportes (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (ayuda temporal e ingreso complementario del Seguro Social).

Nombre completo	Parentesco	Ingresos brutos totales (corrientes)
	Yo	

¹ _____

Los "idiomas principales" incluyen aquellos que se usen para comunicarse en al menos el 5 % de las consultas anuales con los pacientes o los idiomas que hable más del 1 % de la población del área de servicio del hospital primario, calculado usando la información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con los datos de los sistemas escolares.

El hospital puede solicitarle que presente documentación como comprobante de ingresos, como un recibo de sueldo, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario 1040.

Estado del seguro de salud

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido 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 gastos médicos elevados. Si tiene seguro, indique 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 o parte responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar por el paciente (por ejemplo, cónyuge, padre, madre o representante legal).

Entiendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y está completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Parentesco con el paciente	
Firma	

Requisitos mínimos de elegibilidad y pautas

Cronograma de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede solicitar ayuda económica en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que hacer ningún pago al hospital hasta que reciba una decisión sobre su solicitud de ayuda económica. Es posible que los hospitales no envíen cuentas a cobranza mientras su solicitud esté pendiente.
- Si se le deniega la ayuda económica, tiene derecho a apelar. La información para hacerlo se incluirá en el aviso que recibirá del hospital. Es posible que tenga derecho a apelar el monto de su ayuda económica. El hospital incluirá información para apelar en su carta de decisión.
- Los hospitales no pueden enviar facturas impagas a una agencia de cobranza durante al menos 180 días después de emitir su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido emprender acciones legales, incluida la presentación de demandas, para cobrar las facturas médicas impagas de los pacientes que se encuentran por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Aquí encontrará las pautas de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- El hospital usar la información de esta solicitud solo para determinar si califica para recibir ayuda económica y la mantendrá en confidencialidad en la medida de lo permitido por la ley.
- Los hospitales no pueden negarle servicios médicamente necesarios porque tiene una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Ayuda Económica de **Calvary Hospital, Inc.** al **718-518-2048**.
- Si necesita ayuda adicional con esta solicitud o ayuda para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates al 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital para establecer la elegibilidad de los pacientes para recibir descuentos de pago en niveles de ingresos superiores a los especificados a continuación y/o para darles mayores descuentos de pago a los pacientes elegibles que los exigidos por la Ley de Salud Pública. Además, el estatus migratorio no será un criterio de elegibilidad para determinar la asignación de ayuda económica.

Califican:

- las personas de bajos ingresos que no tienen seguro médico; o
- las personas que tienen un seguro insuficiente (gastos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses, que ascienden a más del diez por ciento de sus ingresos anuales brutos); o
- aquellos que hayan agotado los beneficios de su seguro médico y que puedan demostrar que no tienen la capacidad para pagar los gastos completos; o
- a criterio del hospital, las personas que puedan demostrar que no tienen la capacidad para pagar su copago y/o deducible pueden solicitar un pago reducido o con descuento.

Las personas que corresponden hasta el 400 % del nivel federal de pobreza califican para recibir ayuda económica.

Niveles federales de pobreza (2025)			
Tamaño del hogar	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

Se actualiza anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tasas mínimas de descuento

Si califica para recibir ayuda económica, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos en una escala móvil de tarifas de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Menos del 200 % del nivel federal de pobreza	Se exoneran todos los cargos
Entre el 200 % y el 300 % del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: escala móvil de hasta el 10 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 10 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro del paciente.
Entre el 301 % y el 400 % del nivel federal de pobreza	Pacientes sin seguro: escala móvil de hasta el 20 % del monto que Medicaid habría pagado por los servicios. Pacientes con seguro insuficiente: hasta un máximo del 20 % del monto que se habría pagado de acuerdo con el costo compartido del seguro del paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecerles mayores descuentos a los pacientes elegibles y/o ofrecerles descuentos de pago a los pacientes cuyos niveles de ingresos son más altos.

Planes de pago a plazos

Se ofrecen planes de pago a los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida de una sola vez. Los pagos mensuales no pueden ser superiores al 5 % de sus ingresos brutos mensuales y la tasa de interés que se le cobra al paciente sobre el saldo pendiente de pago, si lo hubiera, no deberá ser superior al 2 %.

Solicitud de comprobante de ingresos familiares

Incluya la información de ingresos del paciente, su cónyuge y sus dependientes (como hijos), por ejemplo, incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos (declarante de impuestos, cónyuge y dependientes fiscales) en el cálculo del ingreso familiar.

La siguiente es una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No es necesario que presente todos estos documentos, también puede presentar una declaración de falta de ingresos familiares si no percibe ingresos.

Puede presentar también la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Salud del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no es necesario que le presente al hospital ninguna otra información de ingresos que se detalla a continuación.

Si el hogar recibe:	Monto mensual:	El solicitante puede presentar:
Salarios	\$	Presente un talón de pago, una carta del empleador con membrete de la empresa, firmada y fechada, o la última declaración del impuesto sobre la renta.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta o certificado de asignación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de 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 .
Pago por cesantía	\$	Copia de la carta o certificado de asignación o estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York o copia de la tarjeta de pago directo con impresión o correspondencia del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York, o Impresión de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento del Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta o certificado de asignación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Copia de carta de asignación o talón de cheque.
Pensión alimenticia o manutención de los hijos	\$	Copia de una orden judicial o 3 meses de cheques o recibos cobrados.
Dividendos o intereses	\$	Estados de cuenta de los dividendos trimestrales o estados de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Carta que indique el monto de las ganancias no salariales (si las hubiera), como ingresos por alquiler, dinero en efectivo por trabajos ocasionales, etc.
Sin ingresos	\$0	Declaración firmada de no percibir ingresos.