

 <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 1 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

OBJETIVO

En esta política de ayuda económica se describe el proceso para darles ayuda económica a los pacientes que califican que no tienen seguro ni reciben indemnización.

POLÍTICA

Es política de Calvary Hospital informarles a todos los pacientes que hay ayuda económica disponible, entendida como servicios de atención médica gratuitos o reducidos para los pobres o indigentes según su capacidad de pago y la falta de cobertura de seguro. Esta política solo se aplicará a todos los pacientes que soliciten tal consideración en función de la necesidad económica de los residentes del estado de Nueva York. El monto de la ayuda económica asignada no se basará en la afección médica del solicitante.

Esta política solo se aplicará a los suministros y servicios médicamente necesarios que brinde el hospital.

Encontrará una copia de esta política y un texto sencillo de esta en el sitio web del hospital:

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

PROCEDIMIENTO

Se remitirá a los pacientes sin seguro o los pacientes que ya agotaron los beneficios de su seguro médico que se presenten para recibir servicios al Departamento de Finanzas para una que les hagan evaluación financiera. En todas las áreas de registro hay carteles con información de contacto para ayudar a los pacientes que no pueden pagar. Además, la notificación de esta política y el número de teléfono de contacto 718-518-2048 (Departamento de Cuentas de Pacientes) se incluyen en la factura del paciente.

A. Notificación

Toda persona que solicite los servicios de Calvary Hospital debe conocer su política de ayuda económica, de la siguiente manera:

1. Repartir un aviso individual a toda persona que solicite servicios en nombre propio o de otra persona. Se le entrega este aviso a la persona en el momento del ingreso o registro cuando se habla de los arreglos económicos. El “aviso de disponibilidad de ayuda económica” se actualiza anualmente (consulte el anexo I).

 <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 2 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

2. Se pegan carteles visibles en las áreas de la Oficina de Admisión, la Oficina Comercial, la clínica y la Agencia de Salud Domiciliaria, los cuales deberán estar en inglés, español y ruso. Hay copias impresas de la política disponibles en varios idiomas. Además, Calvary Hospital tiene acceso a un servicio lingüístico que agrega otros idiomas.
3. Publicar tanto la política de ayuda económica como la política de ayuda económica en lenguaje sencillo en el sitio web del hospital en inglés, español y ruso. Encontrará esta información en <http://www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information>.

B. Elegibilidad

Las personas califican para recibir ayuda económica si:

1. no están cubiertos o reciben servicios que no cubre una aseguradora externa o un programa gubernamental o tienen montos de responsabilidad del paciente bajo aseguradoras externas.
2. sus ingresos familiares anuales no son superiores al 400 % del nivel nacional de pobreza.
3. solicitan servicios dentro del plan de servicios del programa del centro.

Todos los pacientes deberán solicitar Medicaid como condición antes de recibir ayuda económica y si no colaboran con el proceso de solicitud de Medicaid se les podrá denegar la ayuda económica; deben colaborar con la solicitud y cumplir con los requisitos de Medicaid, según cabría esperar razonablemente, para poder calificar (por ejemplo, apoyo informativo, “responsabilidad económica del paciente”, etc.).

Se presume que todos los pacientes sin seguro califican para recibir el nivel más bajo de descuento disponible según la tabla de descuentos de Calvary Hospital (incluidos los profesionales de la salud que Calvary Hospital emplea o contrata directamente) hasta que se presente una solicitud completa de Medicaid.

Hospital Calvary brindará atención médica de emergencia dentro de 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.

 <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 3 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

Servicios para los cuales hay ayuda económica disponible en virtud de esta política

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.

Encontrará una lista completa de los profesionales de la salud empleados o contratados por Calvary Hospital en su sitio web: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

Período de elegibilidad

Si se aprueba a un paciente para que reciba ayuda económica en virtud de esta política, su elegibilidad permanecerá vigente durante un (1) año contado a partir de la fecha de aprobación de su solicitud.

C. Decisión de elegibilidad para recibir ayuda económica

1. Se evaluará al paciente para determinar si califica para beneficiarse de Medicaid y/o Medicaid Managed Care. Si se considera que el paciente califica para alguno de estos, también se le dará una solicitud de ayuda económica y el hospital no tomará medidas de cobro durante el proceso de solicitud.
2. Se puede tomar la decisión antes, durante o después del caso de atención. Para determinar la asignación de ayuda económica, el paciente deberá presentar una solicitud dentro de los 240 días posteriores al alta. El solicitante deberá entregar su solicitud firmada junto con los documentos de soporte descritos en la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud. Calvary Hospital se reserva el derecho a extender este período según el caso.

La documentación de soporte puede incluir, entre otros:

- a. Talones de pago de un mes, cheques de cesantía, documentos de indemnización, cheques del Seguro Social, copia de las cartas de asignación;
- b. Un formulario de solicitud en virtud de la política de ayuda económica rellenado y firmado;
- c. El formulario W2 del año anterior y/o la declaración de impuestos;
- d. Otra documentación que se solicite.

 <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 4 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

Por lo general, los ingresos familiares del paciente no debe superar el 400 % del último nivel federal de pobreza para calificar (para conocer la información de las pautas federales de pobreza, visite <http://aspe.hhs.gov/poverty/>). Entre otras cosas, la ayuda se basará en el tamaño de la familia y los ingresos familiares. Además, las revisiones de los documentos solicitados deben dar indicar que no hay otras fuentes de ingresos disponibles. Al determinar la elegibilidad para beneficiarse de la política de ayuda económica, el hospital no tendrá en cuenta la vivienda principal del paciente ni otros activos.

Se usará la siguiente escala móvil para determinar el nivel de ayuda económica (según las pautas federales de pobreza):

Cancelación total si los niveles de ingresos familiares son inferiores al 200 %;
Amortización del 90 % si los ingresos oscilan entre el 201 % y hasta el 250 %;
Amortización del 85 % si los ingresos son superiores al 251% pero inferiores al 300 %;
Amortización del 80 % si los ingresos son superiores al 301% pero inferiores al 350 %;
Amortización del 75 % si los ingresos son superiores al 351% pero inferiores al 400 %.

3. Una vez recibida toda la documentación solicitada, la Administración de Cuentas de Pacientes tomará una decisión definitiva sobre el estatus de ayuda económica del paciente en un plazo de siete días. Si no se recibe toda la documentación solicitada, el paciente no calificará. En Calvary Hospital no hacemos evaluaciones de presunta elegibilidad de nuestros pacientes. Durante el período de determinación, la cuenta del paciente quedará suspendida.

La Administración de Cuentas de Pacientes tomará una decisión inicial sobre si el paciente califica para recibir servicios gratuitos o de costo reducido en función de las entrevistas personales y/o la documentación preliminar presentada. En el momento en que se aprueba la solicitud en virtud de la política de ayuda económica, se ajustará el saldo usando el método prospectivo de para calcular los montos generalmente facturados.

Los saldos de las cuentas de los pacientes que califican se ajustan primero a los montos generalmente facturados 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.

 <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 5 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

Resumen de los montos generalmente facturados de 2025

- Pacientes hospitalizados: reducción de los cargos brutos a la tarifa vigente de Medicare en virtud de la Ley de Equidad Tributaria y Responsabilidad Fiscal (TEFRA, por sus siglas en inglés) de \$1 328.00 por día (tarifa vigente de 2025, sujeta a cambios);
- Pacientes ambulatorios: reducción de los cargos brutos a la tarifa promedio del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS, por sus siglas en inglés) de Medicare de 2025 según se indica a continuación o la última tarifa de OPPS:

Consulta en la clínica	G0463	\$128.87
------------------------	-------	----------

- Cargos del médico: reducción de los cargos brutos a las tarifas de Medicare de 2025, según se indica a continuación o a la última tabla de tarifas de Medicare:

99221	\$90.15
99222	\$141.33
99223	\$188.00
99231	\$53.07
99232	\$85.88
99233	\$127.61
99234	\$105.38
99235	\$171.24
99236	\$223.89
99238	\$88.27

- Atención para enfermos terminales: reducción de los cargos brutos a las tarifas vigentes de atención para enfermos terminales de Medicare, según se indica a continuación:

De Octubre de 2024 a septiembre de 2025	BX/NY/QNS/WES/ROC/KINGS	Nassau
Días de rutina de 1 a 60	\$295.11	\$284.62
Más de 61 días de rutina	\$232.44	\$224.18
SIA (visitas de un enfermero especializado o especialista médico los últimos 7 días de vida)	\$88.60/hora	\$85.46/hora

 <i>Where Life Continues</i>		PÁGINA: 6 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA		
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO		POLÍTICA n.º: A.25

Atención continua	\$2 126.50/24 horas	\$2 050.92/24 horas
Relevo	\$681.57	\$657.35
Hospitalización general	\$1 537.20	\$1 482.56

- Atención domiciliaria: reducción de los cargos brutos a las tarifas vigentes de atención domiciliaria de Medicare, según se indica a continuación:

2025	SN	PT	OT	ST	MSW	HA
	\$153.84	\$168.51	\$169.31	\$182.77	\$246.58	\$69.66/visita

TÍTULO/ASUNTO:
POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA

DEPARTAMENTO/ALCANCE: **ADMINISTRATIVO**

POLÍTICA n.º: **A.25**

		200 % del LFP	250 % del LFP	300 % del LFP	350 % del LFP	400 % LFP
		100 %	90 %	85 %	80 %	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

 <i>Where Life Continues</i>		PÁGINA: 8 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA		
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO		POLÍTICA n.º: A.25

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

A los pacientes que no tengan seguro suficiente o que no cumplan con los criterios para calificar para recibir ayuda económica según se indicó anteriormente se les puede considerar para asignarles ayuda según su caso.

4. Se requiere una decisión de elegibilidad por escrito en respuesta a cada solicitud de ayuda económica y se debe responder dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud.
5. En caso de que se remita a un paciente a una agencia de cobranza antes de que se solicite ayuda, la agencia lo remitirá al cajero del hospital para que procese la solicitud, momento en el cual se retirará la cuenta del paciente de la agencia.

D. Pagos y apelaciones

1. Además, se le puede pagar a Calvary Hospital la obligación final del paciente en cuotas mensuales, sin intereses. Los pagos a plazos no superará los 24 meses sin la aprobación administrativa o a menos que el monto de cada pago mensual sea superior al 5 % de los ingresos familiares mensuales brutos del paciente.
2. 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 Departamento de Cuentas de Pacientes al 718-518-2048 o a en el sitio web de Calvary Hospital: www.calvaryhospital.org/patients-families/patient-financial-information/.

 CALVARY HOSPITAL <i>Where Life Continues</i>	PÁGINA: 9 DE: 9
TÍTULO/ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	
DEPARTAMENTO/ALCANCE: ADMINISTRATIVO	POLÍTICA n.º: A.25

3. El paciente puede apelar la decisión del hospital sobre la denegación de ayuda económica. Las apelaciones deben dirigirse al director de Cuentas de Pacientes, Calvary Hospital, 1740 Eastchester Rd. Bronx, NY 10461 para que las revise. Se tomará una decisión definitiva dentro de las 2 semanas posteriores a la solicitud.
4. El hospital medirá periódicamente que cumple con esta política mediante una auditoría interna.

Fecha de revisión o corrección	Autorizada por
6/1997; 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; 1/2022; 1/2023; 2/2024; 5/2025	Director ejecutivo, director financiero, director de Cuentas de Pacientes



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

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 %.

Nombre
Dirección
Ciudad, calle, código postal

Estimado _____:

Calvary Hospital, Inc. tomó una decisión sobre la elegibilidad para recibir ayuda económica de _____.

Calvary Hospital recibió la solicitud de ayuda económica _____. Según exigen las regulaciones vigentes, se tomó esta decisión el _____, que está dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de recepción de la solicitud de ayuda económica.

Según la información que presentó el paciente o que se presentó en su nombre y de conformidad con lo estipulado en la política de ayuda económica de Calvary Hospital, se tomó la siguiente decisión:

- ☐ Decisión condicional aprobada, a la espera de la verificación de ingresos.
- ☐ Decisión condicional aprobada, a la espera del resultado de la decisión de Medicaid. El incumplimiento de la solicitud de Medicaid puede provocar la denegación de la ayuda económica.
- ☐ El solicitante califica para que se le reduzca el _____ % de los cargos hospitalarios netos* de acuerdo con nuestra escala móvil. El solicitante tendrá la obligación de pagar \$ _____.
- ☐ Se deniega la solicitud de ayuda económica del solicitante por estos motivos:
 - ☐ Los ingresos del solicitante superan los criterios de ingresos.
 - ☐ Otro _____

El solicitante puede apelar la decisión desfavorable llamando al director de Cuentas de Pacientes al (718) 518-2064. Si su apelación no tiene éxito 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 decisión, llame a Paulette M. Di Napoli al (718)518-2048.

Atentamente,

Paulette M. Di Napoli
Director de Cuentas de Pacientes

* Los cargos hospitalarios netos reflejan una reducción de los cargos hospitalarios a la tasa de reembolso de Medicare antes de aplicar el descuento de la ayuda económica.

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.

<u>Si el hogar recibe:</u>	<u>Monto mensual:</u>	<u>El solicitante puede presentar:</u>
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.