

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (CARIDAD)

White Plains Hospital reconoce que hay momentos en que los pacientes necesitan atención y tendrán dificultades para pagar por los servicios prestados. El Programa de Ayuda Financiera de White Plains Hospital ofrece descuentos a personas que califiquen a base de ingresos. Además, podemos ayudarle a solicitar el seguro gratis o a bajo costo si usted califica. Póngase en contacto al (914) 681-1030 para recibir asistencia confidencial.

Este programa está disponible para pacientes con bajos ingresos y sin seguro médico. **Toda persona en el estado de Nueva York, que necesita los servicios de Emergencia puede recibir atención médica y obtener un descuento si se cumplen los límites de ingresos.**

Toda persona que vive en **Westchester, Bronx, Putnam, Orange o Rockland**, puede obtener un descuento en los servicios que no son de emergencia y medicamente necesarios en White Plains Hospital si cumplen los límites de ingresos. **No se niega la atención médica porque necesita ayuda financiera.** La aplicación se acepta en cualquier momento en una cuenta con un saldo abierto.

Para aplicar, debe presentar **COPIAS** de los siguientes documentos:

1) Identificación con foto válida
2) Prueba de ingreso: Talones de pago actuales (últimos 6), declaración del empleador indicando cuando gana semanal o quincenal, carta de ingreso de Seguro Social (si le aplica) o una declaración de ingreso propio (si gana en efectivo). Si usted no tiene ingreso, por favor proveer una declaración indicando como se mantiene. No necesita notarizarla.
3) Una prueba de dirección (Factura de servicio público: Luz, teléfono, cable, etc.– La factura no tiene que estar a nombre de quien está aplicando para el programa)
4) Tres meses de estados de cuentas bancarias, si tiene (Incluya todas las páginas)

- **Si es casado/a, por favor enviar identificación y prueba de ingreso de su pareja.**

Si piensa que es elegible para asistencia financiera y desea solicitar, póngase en contacto con el departamento de cuentas al **(914) 681-1004**. White Plains Hospital le enviará una carta **30 días** después de la finalización y presentación de la documentación, que le dice si usted califica y el nivel de descuento que ha recibido.

Por favor enviar solicitud y copia de los documentos solicitados a:

**White Plains Hospital Center
41 East Post Road
White Plains, NY 10601
Atención: Patient Accounts**

También puede enviar los documentos a: **FinancialAssistance@WPHospital.org**

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (CARIDAD)

Lista de verificación de documentos

Las aplicaciones sin los documentos correspondientes se considerarán incompletas y no se aprobarán hasta que se reciba toda la información. Esta lista es para ayudar a los solicitantes a asegurarse de enviar los documentos requeridos para evitar demoras en la aprobación.

1. Identificación con foto (Envíe una copia de **UNO** de los siguientes por cada adulto)

- Licencia de conducir
- Pasaporte, residencia, permiso de trabajo – No puede estar vencido.
- Tarjeta de identificación oficial del gobierno
- Tarjeta de identificación de la escuela
- DNI de su país de origen
- Si solicita para un menor, envíe la identificación de los padres o representante(s)

2. Prueba de ingreso (Cada adulto debe proveer al menos **UNO** de los siguientes)

- Los 6 talones de pago más recientes o carta de desempleo
- Declaración del empleador que indique cuánto gana semanal o quincenalmente
- Carta de ingresos del Seguro Social (si es aplicable)
- Autodeclaración de ingresos (si gana en efectivo) No se necesita sello de notario
- Si no tiene ingreso, incluya una declaración por escrito y explique cómo cubre sus gastos. No se necesita sello de notario
- Si solicita para un menor, envíe el ingreso de los padres o representante(s)

3. Prueba de dirección (Envíe una copia de **UNO** de los siguientes)

- Factura de servicio público: Luz, teléfono, cable, etc.– La factura no tiene que estar a nombre de quien está aplicando para el programa
- Contrato de alquiler (Lease)
- Horario escolar con dirección de la escuela visible (solo para estudiantes universitarios que solicitan asistencia financiera y residen en su escuela)

POR FAVOR NO ENVÍE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES:

Certificados de nacimiento o ID de su trabajo como prueba de identificación. Estados de cuenta de tarjetas de crédito, extractos de hipoteca, recibos de alquiler o facturas de hospital como comprobante de domicilio. W2, impuestos, formularios o 1099 como prueba de ingresos. Los estados de cuenta de banco no se consideran prueba de ingresos o dirección.

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (CARIDAD)

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:		Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	Condado:
Dirección:				Seguro social #
_____		_____	_____	_____
# APT		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene seguro, especifique nombre y número de miembro: _____
				# De miembros en la familia:
Nombre de su Cónyuge (Si tiene):		Fecha de nacimiento:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene seguro, especifique nombre y número de miembro: _____
				Seguro social # <input type="checkbox"/> No tengo social
Empleador (Paciente):	<input type="checkbox"/> Desempleado/a	Empleador (Cónyuge):		<input type="checkbox"/> Desempleado/a

* SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, POR FAVOR INCLUYA INFORMACIÓN DE EMPLEO DE LOS PADRES

LISTA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA O DEPENDIENTES

NOMBRE	RELACIÓN AL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO

FECHA(S) DE SERVICIO: _____

NÚMERO(S) DE CUENTA: _____

EN LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA A WHITE PLAINS HOSPITAL ES VERDADERA Y CORRECTA. AUTORIZO A WHITE PLAINS HOSPITAL PARA QUE VERIFIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN DADA SI SE CONSIDERA NECESARIO.

Firma del solicitante:

_____ Fecha: _____

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (CARIDAD)

Notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera/servicio de beneficencia en reconocimiento de que todos los pacientes que buscan atención de salud del White Plains Hospital no pueden tener los recursos financieros o la cobertura de seguro para costear la atención, el Hospital pondrá a disposición una cantidad razonable de servicios no remunerados a personas que cumplan los requisitos de elegibilidad. La elegibilidad del paciente para la ayuda financiera está determinada por la medición de los ingresos familiares en contra de las Guías Federales de Pobreza de ingresos establecidos por el Departamento De Salud y Servicios Humanos.

▼ A CONTINUACIÓN ES PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL ▼

DETERMINATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

PATIENT NOTIFICATION OF DETERMINATION OF FINANCIAL ASSISTANCE FUNDS:

DENIAL REASON:

IF APPEAL, APPEAL NOTICE

DATE: _____ **RESOLUTION:** _____

<p><u>HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS:</u></p> <p>INCOME: \$ _____</p> <p>ASSETS: \$ _____</p> <p>TOTAL: \$ _____</p> <p>FAMILY SIZE: _____</p>
<p>FINANCIAL ASSISTANCE APPROVAL</p> <p>TIER _____</p> <p>APPROVAL YEAR _____</p>