



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (PROCESO DE APELACIÓN)

White Plains Hospital dará a los solicitantes la oportunidad de apelar la determinación de asistencia financiera. La solicitud de apelación debe presentarse dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la decisión del hospital que figura en la carta de decisión del solicitante. Se puede iniciar una apelación en función de que el solicitante crea que se debe aplicar una tasa de descuento diferente, si fue denegada debido a las razones establecidas en la carta de rechazo del solicitante o si el solicitante enfrenta un evento que altera la vida y provoca un nuevo estado financiero.

Se debe presentar formalmente una solicitud de apelación de asistencia financiera a AVP, Revenue Cycle and/or Sr. Director, Revenue Cycle, de White Plains Hospital, por escrito expresando el motivo de la apelación. Se espera que la carta formal incluya:

1. **El nombre completo, fecha de nacimiento y número de cuenta del solicitante.**
2. **Una declaración clara en la que se solicite la reconsideración.**
3. **El motivo por el cual la tasa inicial se considera incorrecta.**
4. **Cualquier detalle de dificultades que se deban tener en cuenta.**

Se investigará la solicitud formal por escrito para determinar si la solicitud de apelación es aplicable. La decisión se dictará dentro de los catorce (14) días posteriores a la carta de apelación formal. Se informará al solicitante de la decisión de reconsideración y se le proporcionarán instrucciones adicionales.

Si la solicitud de apelación se ha aprobado, se deben presentar los siguientes documentos en un plazo de treinta (30) días:

1) Estados de cuenta bancarios: los estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses que se ingresan en el cuestionario de apelación de asistencia financiera de WPH
2) Comprobante de deducciones: presente los registros de todos los gastos que se reclaman para una deducción: (por ejemplo: alquiler/hipoteca, facturas de servicios públicos [Con-Ed/cable/teléfono/otros], comestibles, transporte, pago del automóvil, seguro del automóvil, préstamos estudiantiles, matrícula, cuidado de niños, gastos médicos, pagos de tarjeta de crédito). Se espera que los registros presentados coincidan con los últimos tres estados de cuenta bancarios que se envíen.
3) Documentos de respaldo: cualquier documento adicional para respaldar la solicitud de apelación.

Comuníquese con Servicios financieros para el paciente al **(914) 681-1004** para obtener aclaraciones o realizar consultas adicionales. White Plains Hospital le enviará una carta con la decisión en un plazo de treinta (30) días después de revisar los documentos de reconsideración en los que se informa sobre la decisión de la apelación.

Envíe por correo postal la solicitud de apelación completa y una copia de los documentos solicitados a:

**White Plains Hospital Center
101 East Post Road, Floor 3
White Plains, NY 10601
Attention: Patient Accounts**

También puede enviar la solicitud por correo electrónico a:
WPH-FinancialAssistance@wphospital.org

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (PROCESO DE APELACIÓN)

Cuestionario de apelación de asistencia financiera

Nombre del paciente: _____

Número de expediente médico _____

Complete el siguiente cuestionario

¿Actualmente tiene seguro?

- ☐ Sí (especifique): _____
- ☐ No

Situación laboral:

- ☐ Empleado: encierre en un círculo su situación: (a tiempo completo o a tiempo parcial)
- ☐ Desempleado
- ☐ Jubilado
- ☐ Discapacitado

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Cuál es su fuente de ingresos?

- ☐ Ingresos del empleo (*encierre en un círculo la frecuencia con la que le pagan: semanal/quincenal*)
- ☐ Beneficios por desempleo
- ☐ Beneficios del Seguro Social
- ☐ Trabajo por cuenta propia
- ☐ Pensión
- ☐ Ninguno

¿Cuál es su estado civil?

- ☐ Casado
- ☐ Soltero
- ☐ Divorciado
- ☐ Viudo
- ☐ Legalmente separado

¿Cuál es la fuente de ingresos de su cónyuge?

- ☐ Ingresos del empleo (*encierre en un círculo: semanal/quincenal*)
- ☐ Beneficios por desempleo
- ☐ Beneficios del Seguro Social
- ☐ Ingresos del trabajo por cuenta propia
- ☐ Ninguno

¿Cuándo fue el año en que presentó su última declaración de impuestos? _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (PROCESO DE APELACIÓN)

¿Cuál fue su estado civil a los efectos de la declaración de impuestos el último año que la presentó?

- ☐ Soltero
- ☐ Jefe del hogar
- ☐ Presentación conjunta con el cónyuge
- ☐ Casado, pero presentan la declaración por separado

¿Qué tipo de cuenta bancaria tiene?

- ☐ Cuenta corriente
- ☐ Cuenta de ahorro
- ☐ Ninguna

¿Usted...

- ☐ alquila? (¿cuánto paga de alquiler? _____)
- ☐ tiene casa propia? (¿cuánto paga de hipoteca? _____)
- ☐ Obtiene alojamiento y comida gratis

¿Es usted el único adulto con ingresos en el hogar?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es su parentesco con los adultos de la casa?

Indique las edades de los menores de edad de su hogar y su parentesco con ellos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Paga los servicios públicos?

- ☐ Sí: encierre en un círculo: (Con-Ed/cable/teléfono/otro)
- ☐ No
- ☐ Están incluidos en el pago de la renta/mantenimiento

¿Cuánto diría que paga mensualmente?

- ☐ Comestibles: _____
- ☐ Transporte: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (PROCESO DE APELACIÓN)

Solo para uso del personal administrativo:

Documentos de apelación recopilados

- ☐ Formulario 1040 de la declaración de impuestos
- ☐ Recibos de pago/carta de trabajo para el paciente
- ☐ Recibos de sueldo/carta de trabajo para el cónyuge
- ☐ Recibo de renta/contrato de arrendamiento/estado de cuenta de la hipoteca
- ☐ Factura Con-Ed
- ☐ Factura de cable
- ☐ Estado(s) de cuenta de la tarjeta de crédito
- ☐ Factura de teléfono
- ☐ Estado de cuenta bancario

Gastos adicionales:

- ☐ Impuestos del propietario de vivienda
- ☐ Agua/alcantarillado
- ☐ Pago del coche
- ☐ Seguro de automóvil
- ☐ Seguro de vida
- ☐ Matrícula o cuidado infantil
- ☐ Copagos médicos
- ☐ Préstamo(s) estudiantil(es)