

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) 681-1004 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 médicamente 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) |

- **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
101 East Post Road, Floor 3
White Plains, NY 10601
Atención: Patient Accounts**

También puede enviar los documentos a:
WPH-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.

Solicitud uniforme de asistencia económica para gastos hospitalarios del estado de Nueva York

Si usted no tiene un seguro médico, si ya ha usado todos los beneficios de dicho seguro o si, teniendo un seguro médico, tiene comprobantes de los gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos, puede estar en condiciones de recibir asistencia económica para gastos hospitalarios, la cual le permitirá pagar sus facturas. Al completar este formulario, se iniciará la solicitud de asistencia económica para gastos hospitalarios. Todos los hospitales del estado de Nueva York usan este formulario.

Esta solicitud debe imprimirse en los idiomas¹principales que hablan los pacientes que se atienden en el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre completo del paciente		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	N.º de apartamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre/de la madre/del tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si la tiene)		

Información familiar:

Enumere a continuación todos los miembros de su grupo familiar. Su grupo familiar lo incluye a usted, e incluye a su cónyuge o pareja de hecho, y a sus hijos o demás dependientes. Por ejemplo, en este formulario se incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto es el ingreso **antes** de que se apliquen los impuestos.

Puede consistir en ganancias laborales (jornales, salarios, propinas, ganancias del trabajo independiente), renta (Seguro Social, beneficios por discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingreso (asistencia temporal e ingresos del seguro complementario).

¹ El término "idiomas principales" incluye cualquier lengua que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas de pacientes al año o cualquier lengua hablada por más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital; el cálculo se realiza utilizando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Paciente	

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de sus ingresos, por ejemplo, un recibo de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario n.º 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Condición del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, como Medicaid, Medicare o algún seguro privado proporcionado por el empleador o adquirido individualmente? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿desea recibir asistencia para solicitar los beneficios de alguno de estos programas?

Sí No

Pacientes subasegurados: personas con seguro y gastos médicos elevados. Si tiene seguro, indique una cifra estimativa de las facturas médicas que pagó durante los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitar que presente documentación que respalde los gastos médicos pagados.

Firma del paciente/de la parte responsable: Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para hacerlo en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).

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

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	

Solicitud de constancia de ingresos familiares

Incluya la información sobre los ingresos del paciente, su cónyuge y cualquier dependiente (como los hijos). Por ejemplo, aquí se incluiría a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos (titular de la declaración, cónyuge y dependientes) en el cálculo de los ingresos familiares.

La siguiente es una lista de los documentos que puede utilizar para demostrar sus ingresos. No es necesario que los presente a todos. También puede presentar una declaración donde conste que no tiene ingresos familiares, si ese es el caso.

También puede presentar la página de determinación de elegibilidad del mercado de seguros médicos del estado de Nueva York. Si dispone de este documento, no es necesario que presente en el hospital ninguna otra información sobre sus ingresos de la que se enumera a continuación.

<u>Si el grupo familiar recibe:</u>	<u>Monto mensual:</u>	<u>El solicitante puede presentar:</u>
Salarios	\$	Presente un recibo de pago, una carta del empleador en papel membretado, con firma y fecha, o la última declaración de impuestos.
Pago del Seguro Social	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de la carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o resumen mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o copia de la tarjeta de pago directo con impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York, o impresión de la información de la cuenta del beneficiario del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Copia de la carta/del certificado de adjudicación, o correspondencia de la Administración del Seguro Social, o carta anual de beneficios. Para solicitar una copia de la carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Copia de la carta de adjudicación o talón de cheque.
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$	Copia de la orden judicial, o 3 meses de cheques/recibos cobrados.
Dividendos/intereses	\$	Declaraciones trimestrales de dividendos o declaraciones mensuales.
Otro	\$	Carta en la que se indique el monto de las ganancias que no corresponden al salario (si las hay), como ingresos por alquiler, dinero por trabajos ocasionales, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de no recepción de ingresos.

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: _____

HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS:

INCOME: \$ _____

ASSETS: \$ _____

TOTAL: \$ _____

FAMILY SIZE: _____

FINANCIAL ASSISTANCE APPROVAL

TIER _____

APPROVAL YEAR _____