



150 Broad Street
Hamilton, NY 13346

Cuidados de calidad, cerca de casa

Política de ayuda financiera – Resumen en lenguaje llano

Community Memorial Hospital ofrece cuidados de urgencias, y servicios de salud médicamente necesarios sin tener en cuenta la capacidad de pago del cliente.

Servicios elegibles: Disponemos de ayuda financiera para pacientes elegibles con el fin de ayudar a sufragar el coste de estos servicios. Los cuidados de urgencias son aquellos servicios prestados en un Departamento de urgencias. Los servicios de salud médicamente necesarios son aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar problemas médicos que causan dolor grave, ponen en peligro la vida, o tienen como resultado una enfermedad o dolencia. La ayuda financiera **no está disponible** para los servicios de estancia hospitalaria de rehabilitación (Swing Bed Program). Nuestro Programa de ayuda financiera (Financial Assistance Program) cubre las áreas de servicio primario de los condados de Chenango, Cortland, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego, además de todos los residentes del Estado de Nueva York. La ayuda financiera también está disponible para que los pacientes elegibles puedan reducir el costo de las franquicias (deducibles), coaseguros y copagos, con la excepción de los servicios proporcionados en los consultorios de atención primaria de médicos de hospital.

Pacientes elegibles: Los pacientes que reciben servicios elegibles, que presentan una solicitud de ayuda financiera (Financial Assistance Application) completada, y que la Asesoría Financiera (Financial Counseling Office) del Community Memorial Hospital considera elegibles.

Cómo realizar la solicitud: Las solicitudes para la ayuda financiera se pueden obtener de las siguientes maneras:

- Obtenga una solicitud en persona en la zona de registro de pacientes del Community Memorial Hospital, o en la Asesoría Financiera, en línea en el <http://www.communitymemorial.org/financial-assistance/>, pídala por correo postal llamando al 315 824 6553 o envíe una solicitud por escrito al Community Memorial Hospital, 150 Broad Street, Hamilton NY 13346.
- Regrese las solicitudes completadas con el justificante de ingresos (proof of income) requerido al Community Memorial Hospital, Attention: Financial Counseling Department, 150 Broad Street, Hamilton, NY 13346.

Determinación de elegibilidad para ayuda financiera – generalmente, la elegibilidad del paciente depende de los niveles de ingresos de su hogar en relación a los niveles federales de pobreza establecidos. La ayuda oscila entre una cancelación completa (del 100%) de los costos y un porcentaje de transferencia calculado en relación con las "cantidades generalmente facturadas" o "AGB" del hospital. AGB significa que las cantidades generalmente facturadas a los individuos asegurados y se calculan en base a todas las reclamaciones permitidas por Medicare y los aseguradores privados de salud durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados para esas reclamaciones. Véase adjunto para el Resumen de asistencia financiera y materiales de aplicación.

Community Memorial Hospital

150 Broad Street

Hamilton, NY 13346

Resumen del Programa de ayuda financiera para el 2020

Los servicios cubiertos por el programa son:

1. Pacientes ingresados con cuidados intensivos
2. Pacientes de servicios de urgencias
3. Pacientes de cirugía ambulatoria
4. Pacientes ambulatorios referidos
5. Pacientes en observación
6. Pacientes del consultorio de atención primaria de médicos de hospital (sólo no asegurados)

Nota: Este programa no está disponible para los servicios de estancia hospitalaria de rehabilitación (Swing Bed Services).

El importe de la reducción de las tasas se basará en la versión más reciente de las Directrices del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La siguiente tabla se basa en el número de personas que viven en el hogar y en los ingresos individuales o del hogar del 100 % al 300 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)

Niveles de descuento (basado en la tabla de nivel de pobreza federal abajo):

No asegurado (sin seguro):

% discount of AGB	100%	75%	50%	25%	AGB*
-------------------	------	-----	-----	-----	------

Insuficientemente asegurado (después del seguro): * sólo cuentas hospitalarias. Porcentaje de descuento en los deducibles, copagos o saldos de coaseguro solamente

	100%	50%	25%
--	------	-----	-----

Personas en la unidad familiar	100 - 150% FPL	151 - 175% FPL	176 - 200% FPL	201 - 250% FPL	251 - 375% FPL
1	12.880 - 19.320	19.321 - 22.540	22.541 - 25.760	25.761 - 32.200	32.201 - 48.300
2	17.240 - 26.130	26.131 - 30.485	30.486 - 34.840	34.841 - 43.550	43.551 - 64.650
3	21.960 - 32.940	32.941 - 38.430	38.431 - 43.920	43.921 - 54.900	54.901 - 82.350
4	26.500 - 39.750	39.751 - 46.375	46.376 - 53.000	53.001 - 66.250	66.251 - 99.375
5	31.040 - 46.560	46.561 - 54.320	54.321 - 62.080	62.081 - 77.600	77.601 - 116.400
6	35.580 - 53.370	53.371 - 62.265	62.266 - 71.160	71.161 - 88.950	88.951 - 133.425
7	40.120 - 60.180	60.181 - 70.210	70.211 - 80.240	80.241 - 100.300	100.301 - 150.450
8	44.660 - 66.990	66.991 - 78.155	78.156 - 89.320	89.321 - 111.650	111.651 - 167.475
Añadir para cada persona adicional	4.540 - 6.810	6.811 - 7.945	7.946 - 9080	9.081 - 11.350	11.351 - 17.025

* "Cantidades Generalmente Facturadas " o "AGB" significa las cantidades normalmente facturadas a los individuos asegurados. El porcentaje de AGB es calculado por Community Memorial Hospital basado en todos los reclamos permitidos por Medicare y los aseguradores privados de salud durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados por tales reclamos.

Los pacientes elegibles también pueden recibir ayuda financiera para reducir el costo del coaseguro, copagos y franquicias (deducibles), excepto en los consultorios de médicos de hospital.

Documentos específicos requeridos para cada miembro del hogar:

1. Nóminas de las últimas 4 semanas consecutivas (si recibe pagos cada dos semanas, 2 nóminas).
2. Prueba de ingresos por desempleo, seguridad social, pensión, compensación de trabajadores, prestaciones por incapacidad, etc.
3. Para los trabajadores autónomos, libro de cuentas de (3) meses o un formulario de autocertificación (la declaración de impuestos a la renta es opcional).

Cualquier residente de los condados de Chenango, Cortland, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego y todos los residentes del Estado de Nueva York que reciben servicios en el Community Memorial Hospital pueden solicitar este programa. Por favor complete y regrese la solicitud adjunta con la documentación solicitada.

Si tiene preguntas sobre esta política, puede contactar a la Asesoría Financiera del Community Memorial Hospital llamando al 315-824-6553.



Autocertificación de los ingresos

Los pacientes y los miembros de la familia deben utilizar este formulario si son autónomos o no tienen otra documentación para verificar sus ingresos.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

- Recibo pagos en efectivo y no recibo una nómina de ingresos
- Trabajo por cuenta propia (autónomo)
- Estoy desempleado/a y no tengo ingresos

Por favor indique sus ingresos mensuales brutos: \$ _____

***Certifico que no tengo ninguna otra manera para documentar los antedichos ingresos.
Confirmo que la información proporcionada sobre los ingresos es verdadera, completa
y correcta a mi leal saber y entender.***

Firma: _____ Fecha: _____