



Community Memorial

150 Broad Street
Hamilton, NY 13346

Atención de calidad cerca de su hogar

Política de asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo

Community Memorial Hospital proporciona atención de emergencia y servicios médicamente necesarios sin importar la capacidad de pago del paciente. Los pacientes elegibles disponen de asistencia financiera que les ayuda a sufragar los costos de esos servicios.

Servicios elegibles: Atención de emergencia significa aquellos servicios que se prestan en la sala de emergencias. Los servicios médicamente necesarios son aquellos servicios que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar padecimientos que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida o causen enfermedades o dolencias. La asistencia financiera **no está disponible** para servicios de transición (Swing Bed). Los condados de servicios primarios cubiertos por nuestro programa de asistencia financiera son Chenango, Cortland, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego; además están cubiertos todos los residentes del estado de Nueva York. Los pacientes elegibles también disponen de asistencia financiera para reducir el costo de deducibles, coaseguros y copagos.

Pacientes elegibles: Los pacientes que reciban servicios elegibles, que presenten una solicitud de asistencia financiera y que sean declarados elegibles por la Oficina de Asesoría Financiera del Community Memorial Hospital. Cualquier paciente que esté calificado para Medicaid u otra cobertura de seguro médico gubernamental con base en su ingreso estará obligado a solicitarla como condición para recibir asistencia financiera. Vea más detalles en nuestra política de asistencia financiera o diríjase a nuestro Departamento de Asesoría Financiera al 315-824-6553 para solicitar más detalles.

Cómo presentar la solicitud: Pueden obtenerse las solicitudes de asistencia financiera de las siguientes maneras:

- Obtenga la solicitud en persona en el área de registro del Community Memorial Hospital; en línea en <http://www.communitymemorial.org/financiamiento/>; solicítela por correo llamado al 315 824 6553 o solicítela por escrito escribiendo a Community Memorial Hospital, 150 Broad Street, Hamilton NY 13346.
- Envíe la solicitud llenada junto con los comprobantes requeridos de ingreso a Community Memorial Hospital, Atención: Departamento de Asesoría Financiera, 150 Broad Street, Hamilton, NY 13346.

Determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera

Por lo general, los pacientes son elegibles con base en el nivel de ingreso de su hogar comparado con los lineamientos federales de pobreza. La asistencia fluctúa entre una cuota nominal hasta los “**montos generalmente facturados**” (**AGB**) del hospital. Los **AGB** son los montos que se les facturan generalmente a las personas aseguradas y se calculan con base de todos los reclamos permitidos por Medicare y aseguradoras privadas en un periodo de 12 meses, divididos por los cargos brutos asociados a dichos reclamos. Vea el resumen de la asistencia financiera y los materiales para la solicitud anexos.

Community Memorial Hospital
150 Broad Street
Hamilton, NY 13346

Resumen del programa de asistencia financiera de 2022

Los servicios de emergencia y los medicamentos necesarios cubiertos por este programa son:

- | | |
|---|---|
| 1. Pacientes de atención aguda internados | 4. Pacientes ambulatorios derivados |
| 2. Pacientes de servicios de emergencia | 5. Pacientes en observación |
| 3. Pacientes de cirugía ambulatoria | 6. Pacientes de médicos con consultorio en el hospital (sólo pacientes sin seguro) |

Nota: Este programa no está disponible para servicios de transición.

La asistencia financiera también está disponible para pacientes elegibles para reducir el costo del coaseguro, los copagos y los deducibles, **excepto con médicos con consultorio en el hospital.**

El monto de la reducción de los cargos estará basado en los lineamientos más recientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La siguiente tabla está basada en el número de personas en el hogar y en el ingreso individual o doméstico del 100% hasta 375% del nivel federal de pobreza (FPL).

Niveles de descuento (basados en la siguiente tabla de FPL):

No asegurado (sin seguro):

Porcentaje de descuento del AGB	80%	75%	50%	25%	AGB*
---------------------------------	-----	-----	-----	-----	------

Con seguro insuficiente (después del seguro):

Porcentaje de descuento en deducibles, copago y coaseguro sólo saldos	80%	75%	50%	25%	10%
---	-----	-----	-----	-----	-----

Personas en la unidad familiar	100 - 150% FPL	151 - 175% FPL	176 - 200% FPL	201 - 250% FPL	251 - 375% FPL
1	13,590 - 20,385	20,386 - 23,783	23,784 - 27,180	27,181 - 33,975	33,976 - 54,360
2	18,310 - 27,465	27,466 - 32,043	32,044 - 36,620	36,621 - 45,775	45,776 - 73,240
3	23,030 - 34,545	34,546 - 40,303	40,304 - 46,060	46,061 - 57,575	57,576 - 92,120
4	27,750 - 41,625	41,626 - 48,563	48,564 - 55,500	55,501 - 69,375	69,376 - 111,000
5	32,470 - 48,705	48,706 - 56,823	56,824 - 64,940	64,941 - 81,175	81,176 - 129,880
6	37,190 - 55,785	55,786 - 65,083	65,084 - 74,380	74,381 - 92,975	92,976 - 148,760
7	41,910 - 62,865	62,866 - 73,343	73,344 - 83,820	83,821 - 104,775	104,776 - 167,640
8	46,630 - 69,945	69,946 - 81,603	81,604 - 93,260	93,261 - 116,575	116,576 - 186,520
Sumar por cada persona	4,720 - 7,080	7,081 - 7,906	7,907 - 9,440	9,441 - 11,800	11,801 - 14,160

* **“Montos generalmente facturados”** o **“AGB”** significa la cantidad que generalmente les factura a las personas aseguradas. En Community Memorial Hospital, el porcentaje AGB se calcula con base en todos los reclamos permitidos por Medicare y aseguradoras privadas en un periodo de 12 meses, divididos por los cargos brutos asociados a dichos reclamos.

Documentación específica solicitada de cada miembro del hogar:

1. Los últimos cuatro talones de pago semanales consecutivos; dos si se paga por quincena.
2. Comprobante de ingresos por desempleo, seguro social, pensiones, compensación de trabajadores, incapacidad, etcétera.
3. En caso de personas autoempleadas, una declaración propia adjunta o presentar 3 meses del libro mayor del negocio. (La declaración de impuestos es opcional).

Los residentes de los condados Chenango, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y Otsego, así como los del estado de Nueva York, que reciban servicios del Community Memorial Hospital tienen derecho a solicitar este programa. Llame y envíe la solicitud adjunta junto con la documentación requerida a la dirección de arriba.

Si tiene preguntas respecto de esta política puede dirigirse a la Oficina de Asesoría Financiera del Community Memorial Hospital al 315-824-6553.

COMMUNITY MEMORIAL HOSPITAL
DEPARTAMENTO DE ASESORÍA FINANCIERA
 150 BROAD STREET, HAMILTON, NY 13346

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

ENVÍE ESTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A LA DIRECCIÓN ANTERIOR EN UN PLAZO DE 30 DÍAS. EN UN PLAZO DE 30 DÍAS A PARTIR DE QUE SE RECIBA SU SOLICITUD A USTED SE LE NOTIFICARÁ SI HA SIDO APROBADO Y EL NIVEL DE DESCUENTO RECIBIDO. SI ES RECHAZADA SU SOLICITUD, USTED PODRÁ APELAR DIRIGIÉNDOSE AL VICEPRESIDENTE DE FINANZAS AL 31-824-6081. SI TIENE PREGUNTAS O REQUIERE AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD, DIRÍJASE A LA OFICINA DE ASESORÍA FINANCIERA AL 315-824-6552 O 315-824-6553.

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR): _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ OCUPACIÓN: _____

COMPROBANTE DE INGRESOS:

- _____ LOS ÚLTIMOS CUATRO TALONES DE PAGO SEMANALES CONSECUTIVOS; DOS SI SE PAGA POR QUINCENA.
- _____ PRUEBA DE INGRESOS POR DESEMPLEO, SEGURO SOCIAL, PENSIONES, COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, INCAPACIDAD, ETCÉTERA.
- _____ EN CASO DE PERSONAS AUTOEMPELADAS, 3 MESES DEL LIBRO MAYOR DEL NEGOCIO O FORMULARIO DE DECLARACIÓN PROPIA (LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ES OPCIONAL).

INDIQUE INGRESO	TOTAL DEL ÚLTIMO MES			
	PACIENTE	CÓNYUGE O PAREJA	PADRE/MADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR)	TOTAL
SALARIOS				
AGRÍCOLA O				
SEGURO SOCIAL				
DESEMPLEO				
PENSIÓN ALIMENTICIA O				
INCAPACIDAD				
COMPENSACIÓN DE				
DIVIDENDOS, INTERESES,				
ASIGNACIÓN MILITAR				
PENSIÓN				
TODOS LOS DEMÁS				

TAMAÑO DEL HOGAR: ASEGÚRESE DE ENUMERAR A **TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** Y ESPECIFICAR **LOS MENORES DEPENDIENTES CON SU EDAD.**

NOMBRE	RELACIÓN	NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FECHA: _____ FIRMA: _____

NO SE REQUIERE NINGÚN PAGO DURANTE EL PROCESO DE REVISIÓN HASTA QUE USTED NO RECIBA LA DETERMINACIÓN DE ESTA OFICINA.



Community
Memorial

Declaración propia de ingresos

Los pacientes y miembros de su hogar mayores de 18 años y que no tengan otro tipo de documentación para comprobar sus ingresos deben usar este formulario.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

- Me pagan en efectivo y no me dan talón de pago; monto mensual \$ ____ . _____
- Estoy desempleado y no tengo ingresos.
- Soy autoempleado; favor de responder lo siguiente o presentar su declaración de impuestos más reciente.

Ingresos como autoempleado. *Indique sus ingresos mensuales netos después de restar los gastos del negocio:*

\$ _____

Certifico que no tengo ninguna otra forma de documentar el ingreso anterior. Declaro que la información de ingresos suministrada es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____