

Aplicativo de assistência financeira hospitalar uniforme de NYS

Você pode ter direito à assistência financeira do hospital para pagar suas contas se não tiver seguro, se o seu seguro estiver esgotado ou se tiver plano de saúde, mas tiver comprovação de despesas médicas pagas que totalizem mais de 10% da sua renda. O preenchimento deste formulário dará início à sua solicitação de assistência financeira hospitalar. Este formulário é usado por todos os hospitais do estado de Nova York.

Este aplicativo deve ser impresso nos principais¹ idiomas falados pelos pacientes atendidos pelo hospital.

Nome do paciente (preencha as informações aplicáveis)

Nome do paciente (nome, nome do meio, sobrenome)		
Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço	Apartamento/nº da unidade	
Cidade	Estado	CEP
Nº do telefone de contato		
Nome do pai/responsável ou representante legal (se o paciente for menor de idade ou adulto incapacitado)		
Endereço de e-mail (se houver)		

Informações sobre a família:

Liste abaixo todos os membros da família em sua residência. Sua família inclui você, seu cônjuge ou união estável e quaisquer filhos ou outros dependentes. Por exemplo, isso incluiria todas as pessoas listadas na mesma declaração de imposto de renda.

Renda bruta significa sua renda **antes** da dedução dos impostos.

A renda bruta pode consistir em rendimentos de trabalho (salários, ordenados, gorjetas, rendimentos de trabalho autônomo), pagamentos de benefícios (previdência social, invalidez e seguro-desemprego), contribuições (fundos de parentes ou amigos) e outras fontes de renda (auxílio temporário e renda complementar de segurança).

Nome completo	Relação	Renda bruta total (atual)
	Você mesmo	

¹ "Principais idiomas" incluem qualquer idioma usado para comunicação em pelo menos 5% das visitas de pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população da área de serviço do hospital primário, conforme calculado usando informações demográficas disponíveis no United States Bureau of the Census, complementadas por dados de sistemas escolares.

O hospital pode solicitar que você apresente alguns documentos para a comprovação de renda, esses documentos podem incluir seu holerite, carta de seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.

Status do seguro de saúde

Você tem algum tipo de plano de saúde, inclusive Medicaid, Medicare ou algum plano privado por meio de seu empregador ou adquirido por conta própria? Sim Não

Se você respondeu “Não”, gostaria de receber ajuda para se inscrever em algum desses programas?

Sim Não

Pacientes subsegurados: pessoas com seguro e altas despesas médicas. Se você tiver seguro, forneça uma estimativa das contas médicas pagas nos últimos 12 meses.

US\$

O hospital pode solicitar que você apresente documentação como prova das despesas médicas pagas.

Assinatura do paciente/responsável: Se não for o paciente, liste o nome da pessoa que está assinando o formulário e sua autoridade para assinar em nome do paciente (por exemplo, cônjuge, pai ou mãe, representante legal).

Entendo que as informações que estou enviando podem estar sujeitas à verificação de fontes externas. Pelo que sei e creio ser verdade, certifico que as informações são verdadeiras e completas.

Nome em letra de forma	Data
Relação com o paciente	
Assinatura	

Elegibilidade mínima e diretrizes

Cronograma da solicitação, direitos do paciente e confidencialidade

- Você pode solicitar assistência financeira a qualquer momento durante o processo de cobrança.
- Você não precisa fazer nenhum pagamento a este hospital até receber uma decisão sobre sua solicitação de assistência financeira. Os hospitais não podem encaminhar contas para cobrança enquanto sua solicitação estiver pendente.
- Se sua assistência financeira for negada, você tem o direito de recorrer. As informações sobre como fazer isso serão incluídas no aviso recebido do hospital. Você pode ter o direito de recorrer com relação ao valor de sua assistência financeira. O hospital incluirá informações sobre como recorrer na carta de decisão.
- Os hospitais não podem enviar contas não pagas a uma agência de cobrança por pelo menos 180 dias após sua primeira conta.
- Os hospitais estão proibidos de tomar medidas legais, inclusive entrar com ações judiciais, para recuperar contas médicas não pagas de pacientes abaixo de 400% do nível federal de pobreza. As diretrizes de pobreza podem ser encontradas aqui: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Todas as informações fornecidas nesta solicitação serão usadas pelo hospital somente para determinar sua elegibilidade para assistência financeira e permanecerão confidenciais até o limite permitido por lei.
- Um hospital não pode negar serviços medicamente necessários a você por causa de uma conta médica pendente.
- Se precisar de ajuda com esta solicitação, entre em contato com o escritório de assistência financeira do (NOME DO HOSPITAL) pelo telefone (NÚMERO DE TELEFONE).
- Se precisar de assistência adicional com esta solicitação ou de ajuda para recorrer de uma decisão, entre em contato com o Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidade

Nada limita a capacidade de um hospital de estabelecer a elegibilidade do paciente para descontos de pagamento em níveis de renda mais altos do que os especificados abaixo e/ou de fornecer descontos de pagamento maiores para pacientes elegíveis do que os exigidos pela Lei de Saúde Pública. Além disso, o status de imigração não deve ser um critério de elegibilidade para fins de determinação da assistência financeira.

Os seguintes indivíduos são elegíveis:

- Indivíduos de baixa renda sem plano de saúde;
- indivíduos subsegurados (despesas médicas diretas acumuladas nos últimos doze meses que totalizem mais de 10% da renda anual bruta do indivíduo);
- aqueles que esgotaram seus benefícios de seguro-saúde e que podem demonstrar incapacidade de pagar os encargos totais; ou
- a critério do hospital, os indivíduos que demonstrarem incapacidade de pagar sua coparticipação e/ou franquia poderão solicitar um pagamento reduzido ou com desconto.

Indivíduos com até 400% do nível federal de pobreza são elegíveis para assistência financeira.

Níveis federais de pobreza (2024)			
Tamanho da família	200%	300%	400%
1 pessoa	US\$ 30.120	US\$ 45.180	US\$ 60.240
2 pessoas	US\$ 40.880	US\$ 61.320	US\$ 81.760
3 pessoas	US\$ 51.640	US\$ 77.460	US\$ 103.280
4 pessoas	US\$ 62.400	US\$ 93.600	US\$ 124.800
5 pessoas	US\$ 73.160	US\$ 109.740	US\$ 146.320
6 pessoas	US\$ 83.920	US\$ 125.880	US\$ 167.840
7 pessoas	US\$ 94.680	US\$ 142.020	US\$ 189.360

Atualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taxas mínimas de desconto

Se você se qualificar para receber assistência financeira, as cobranças serão reduzidas de acordo com sua renda em uma escala móvel de taxas, como a seguir

Nível de renda	Pagamento
Abaixo de 200% do FPL	Renunciar a todos os encargos
200% - 300% FPL	Pacientes sem seguro: Escala móvel de até 10% do valor que seria pago pelo(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes subsegurados: Até um máximo de 10% do valor que seria pago de acordo com a distribuição de custos do seguro do paciente.
301% a 400% FPL	Pacientes sem seguro: Escala móvel de até 20% do valor que seria pago pelo(s) serviço(s) pelo Medicaid. Pacientes subsegurados: Até um máximo de 20% do valor que seria pago de acordo com a distribuição de custos do seguro do paciente.

Os hospitais podem optar por oferecer descontos maiores para pacientes qualificados e/ou oferecer descontos de pagamento para pacientes com níveis de renda mais altos.

Planos de parcelamento

Os planos de parcelamento estão disponíveis para pacientes que não podem pagar a taxa reduzida de uma só vez. Os pagamentos mensais não podem exceder 5% de sua renda mensal bruta e a taxa de juros cobrada do paciente sobre o saldo não pago, se houver, não deve exceder 2%.

Solicitação de comprovante de renda familiar

Inclua as informações de renda do paciente, de seu cônjuge e de qualquer dependente (como filhos). Por exemplo, isso incluiria todos na mesma declaração de imposto de renda (declarante, cônjuge e dependentes fiscais) no cálculo da renda familiar.

A seguir, uma lista de documentos que podem ser usados para comprovar sua renda. Não é necessário fornecer todos os documentos. Você também pode fornecer uma declaração de ausência de renda familiar se não tiver renda.

Você também pode fornecer a página de determinação de elegibilidade do NY State of Health Marketplace. Se você tiver este documento, não precisará fornecer ao hospital nenhuma outra informação de renda listada abaixo.

<u>Se a família recebe:</u>	<u>Valor por mês:</u>	<u>O solicitante pode fornecer:</u>
Salários	US\$	Forneça um comprovante de pagamento, uma carta do empregador, assinada e datada, em papel timbrado da empresa ou a declaração de imposto de renda mais recente.
Pagamento da Previdência Social	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, correspondência da Administração do Seguro Social dos EUA ou carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefício do Seguro Social, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov .
Seguro-desemprego	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, extrato mensal do benefício do Departamento de Trabalho do NYS, cópia do cartão de pagamento direto com impressão, correspondência do Departamento de Trabalho do NYS ou impressão das informações da conta do beneficiário no site do Departamento de Trabalho do NYS (www.labor.state.ny.us).
Benefício por invalidez	US\$	Cópia da carta/certificado de concessão, correspondência da Administração do Seguro Social ou cópia da carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia de sua carta de benefício, ligue para 1-800-772-1213 ou acesse www.ssa.gov .
Remuneração de trabalhadores	US\$	Cópia da carta de concessão ou do talão do cheque.
Pensão alimentícia	US\$	Cópia de ordem judicial ou três meses de cheques/recibos descontados.
Dividendos/juros	US\$	Extratos de dividendos trimestrais ou extratos de um mês.
Outros	US\$	Carta informando o valor dos ganhos não salariais (se houver), como renda de aluguel, rendimento de trabalhos informais etc.
Sem renda	US\$ 0	Declaração assinada de ausência de renda.