

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/código postal: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: (        ) \_\_\_\_\_

Miembros de la familia: (Cónyuge, dependientes declarados en la declaración de impuestos federales y sus fechas de nacimiento):

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
1. _____/_____/_____	_____	5. _____/_____/_____	_____
2. _____/_____/_____	_____	6. _____/_____/_____	_____
3. _____/_____/_____	_____	7. _____/_____/_____	_____
4. _____/_____/_____	_____	8. _____/_____/_____	_____

Los solicitantes deben presentar todos los documentos relevantes con la solicitud en un plazo de 30 días para la determinación.

### SE REQUIERE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

1. Comprobante de ingresos: (Envíe toda la documentación que corresponda a su hogar)

- Recibos de pago: proporcione los recibos de pago o la documentación salarial de los últimos 3 meses, incluidos los del cónyuge, si corresponde
- Última declaración de impuestos federales
- Desempleo: proporcione la carta de adjudicación actual con el nombre y la fecha, si corresponde
- Indemnización por accidente laboral: copia de la declaración de salario, si corresponde
- Seguro Social: carta de asignación de beneficios, si corresponde
- Pensión: declaración o formulario 1099, si corresponde
- Otras formas de ingresos: discapacidad a corto/largo plazo, intereses/dividendos, ingresos de jubilación, manutención infantil, pensión alimenticia o asistencia pública, si corresponde
- Trabajador autónomo: declaración de impuestos sobre la renta del año anterior

2. Comprobante de ausencia de ingresos: proporcione una declaración firmada y fechada que explique cómo se satisfacen sus necesidades

3. Comprobante de seguro médico: ¿Tiene seguro médico?

- Sí, adjunte una copia de sus tarjetas de seguro     No

Declaro con mi firma a continuación que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar información adicional según se solicite para determinar la elegibilidad. Acepto informar a St. Joseph's Health de inmediato sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos y situación de vivienda o dirección.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### ENVIAR TODA LA INFORMACIÓN POR CORREO POSTAL A:

St. Joseph's Health Hospital  
Attn: Benefit Advocacy/Patient Registration  
301 Prospect Ave  
Syracuse, NY 13203



A Member of Trinity Health



A Member of Trinity Health

Puede comunicarse con Benefit Advocacy (Defensa de Beneficios) de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. llamando al 315-448-3555 o escribiendo a [sjhsyr.org/financial-assistance](https://sjhsyr.org/financial-assistance)

# ASISTENCIA FINANCIERA

## St. Joseph's Health ha asumido el compromiso de brindar atención a los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Las facturas de atención médica pueden ser abrumadoras, especialmente para quienes no tienen un seguro para pagarlas. En St. Joseph's Health comprendemos lo confusas que pueden ser las facturas médicas y contamos con defensores de beneficios capacitados que pueden ayudarlo a comprender su responsabilidad financiera y las opciones de pago disponibles para usted.

Nuestro programa de asistencia financiera para pacientes ayuda a las personas que no pueden pagar todas sus facturas médicas incurridas en St. Joseph's Health. Los pacientes también pueden calificar para recibir asistencia financiera si no tienen seguro médico o si su seguro médico no cubre toda la atención médica que necesitan.

### Planes de pago a corto y largo plazo

Los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de su responsabilidad financiera pueden calificar para recibir préstamos y planes de pago a corto o largo plazo.

Los pacientes pueden calificar para una de las siguientes opciones:

- Los saldos pagados en menos de 90 días pueden ser elegibles para un plan de pago sin interés.
- Los saldos pagados en 120 días a 12 meses pueden ser elegibles para un programa de préstamos sin interés.
- Los saldos que deban pagarse en un plazo superior a 12 meses pueden ser elegibles para un programa de préstamos a bajo interés.

## ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Un defensor de beneficios puede evaluar a los solicitantes de asistencia financiera para determinar su elegibilidad para Medicaid. Se necesitará la verificación de ingresos para el período de tiempo en el que recibió los servicios para determinar si se debe completar una solicitud de seguro patrocinada por el estado.

## NUESTRA ÁREA DE SERVICIO

St. Joseph's Health extenderá la asistencia financiera a todos los pacientes elegibles enumerados en todas las áreas de mercado de servicios de los Ministerios de Salud de Trinity que constituyen una "comunidad en necesidad" de los servicios de atención médica primaria.

### Nuevo cuadro de Niveles federales de pobreza de 2022

Pautas de porcentaje de pobreza

Tamaño de la familia	200 %	400 %
1	27,180	54,360
2	36,620	73,240
3	46,060	92,120
4	55,500	111,000
5	64,940	129,880
6	74,380	148,760
7	83,820	167,640
8	93,260	186,520

En el caso de Familias/Hogares con más de 8 personas, sumar \$4,540 por cada persona adicional.

## POLÍTICA DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y ASISTENCIA FINANCIERA

Hay disponible un descuento del 100 % por servicios médicamente necesarios para los pacientes que ganan el 200 % o menos de las pautas de los niveles federales de pobreza. Los servicios electivos, como la cirugía estética, no están incluidos en nuestro programa de caridad. Aquellos que ganan entre el 200 % y el 400 % de las pautas de los niveles federales de pobreza pueden ser elegibles para un descuento parcial equivalente a la tasa de descuento de Medicare. A los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera no se les cobrará más que la tasa de descuento de Medicare. Los copagos y deducibles del paciente pueden ser elegibles para tarifas con descuento si un paciente califica para recibir asistencia financiera y gana menos del 200 % de las pautas de los niveles federales de pobreza. Los servicios como los procedimientos estéticos, los audífonos y la atención oftalmológica que normalmente no están cubiertos por el seguro tienen un precio de paquete sin descuento adicional. Se espera recibir todos los pagos al momento del servicio.

También hay descuentos disponibles para aquellos pacientes que enfrentan costos catastróficos asociados con su atención médica. Dichos costos se generan cuando los gastos médicos de un paciente por una instancia de atención superan el 20 % de sus ingresos. En estos casos, los copagos y deducibles del paciente también pueden incluirse en el descuento. Se pueden negar los descuentos de atención de caridad si los pacientes son elegibles para otras fuentes de financiación, como un plan de Intercambio de Seguros Médicos o elegibilidad para Medicaid, y se niegan o no están dispuestos a presentar una solicitud.

## EL PROCESO DE SOLICITUD

- Para obtener asistencia adicional, llame al **315-448-3555 (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.)**
- También puede descargar una solicitud de asistencia financiera en el sitio [sjhsyr.org](http://sjhsyr.org). Una vez completada, la solicitud debe enviarse por correo postal a:

**St. Joseph's Health Hospital**  
**Attn: Benefit Advocacy**  
**301 Prospect Ave**  
**Syracuse, NY 13203**

- La solicitud debe completarse dentro de los 240 días del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente.
- Una vez recibida la solicitud, tendrá 30 días adicionales para presentar la documentación requerida. Si no se presenta la documentación dentro de los 30 días posteriores a esta, la solicitud se considerará retirada. Se revisará su solicitud, y se le notificará la decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completada. St. Joseph's Health determinará una escala móvil de tarifas para cada servicio según las pautas federales de pobreza y el nivel de ingresos del paciente.
- Hay servicios de traducción disponibles para ayudarlo con el proceso de solicitud.
- Si se presenta documentación fraudulenta, se puede revocar cualquier asistencia financiera.
- La determinación de elegibilidad depende de la documentación presentada.