

UR MEDICINE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Solicitud completada por: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____
 Dirección postal: _____ Nro. de teléfono: particular: () _____
 Ciudad, estado, código postal _____
 Dirección particular si es diferente de la postal: _____
 Empleador del paciente o del padre/la madre: _____ Empleador del cónyuge o del otro progenitor: _____
 Cantidad de miembros en la familia: _____

Enumere todos los miembros del hogar a su cargo, incluidos los niños menores de 21 años de edad que vivan con usted (aun si no solicitan la Asistencia financiera en este momento. Use una hoja adicional si es necesario).

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación	Seguro médico

**Declaración de
Medicaid**

[] He/hemos/[] No he/hemos solicitado la inscripción en Medicaid, Child Health Plus u otro seguro de salud para cubrir estos servicios.

En caso afirmativo, tenga a bien proporcionar una copia de la notificación recibida del Departamento de Servicios Sociales o los programas de NYS of Health Exchange.

En caso negativo, explique el motivo por el cual no ha solicitado estos programas o indique si le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de ellos.

**Envío del
formulario**

PROPORCIONE CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS DISPONIBLES MENCIONADOS A CONTINUACIÓN QUE SE APLIQUEN A USTED:

- Cuatro recibos de pago consecutivos actuales
- Ingreso del Seguro Social
- Información sobre pensión
- Cartas de concesión de indemnización por desempleo o accidente laboral
- Otra documentación que explique el ingreso bruto familiar actual
- Declaración jurada de impuestos federales (no es obligatoria, pero servirá para tomar la decisión sobre su solicitud)

ENVIAR A:

Financial Assistance Officer
Strong Memorial Hospital
601 Elmwood Avenue – Box 888
Rochester, NY 14642

Para reunirse con alguna persona en relación con el programa, puede visitar a nuestro funcionario de asistencia financiera de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:00 p.m.:

Strong Memorial Hospital
601 Elmwood Ave
Sala 1-2315
Rochester, NY 14642

Highland Hospital
1000 South Ave
Oficina de trabajo social, sala S213
Rochester, NY 14620

Debe estampar su firma en la página 2 de esta solicitud.

Comprendo que esta solicitud de Asistencia financiera es confidencial y se usará a fin de determinar mi elegibilidad para recibir servicios no remunerados de conformidad con las pautas de Asistencia financiera establecidas por UR Medicine. Si se demuestra que alguna parte de la información proporcionada no es verdadera, comprendo que UR Medicine puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar las medidas adecuadas.

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, puede comunicarse con los funcionarios de asistencia financiera llamando al (585) 784-8889 u (800) 257-7049. El procesamiento de las solicitudes para el programa de asistencia financiera puede tardar hasta 30 días.

Gracias por su colaboración.

Las siguientes pautas sobre ingresos pueden ayudar a determinar si reúne los requisitos para el programa de Asistencia financiera de UR Medicine. Las solicitudes se pueden presentar antes o después de recibir atención en UR Medicine o mientras la recibe. Esta información se proporciona con el objetivo de permitirle que determine si usted o su familia pueden reunir los requisitos para este programa. Si tiene alguna duda, o si ocurren circunstancias atenuantes, le recomendamos que envíe esta solicitud para que sea considerada. Puede haber otras opciones de pago disponibles, aun si considera que su familia no reúne los requisitos para recibir Asistencia financiera. Después de haber enviado una solicitud completa, es posible que las facturas no se tengan en cuenta mientras se revisa esa solicitud. Durante la revisión de una solicitud que haya completado, las facturas no se enviarán a una agencia de cobro. Si su solicitud se rechaza, el hospital le informará los motivos por escrito y le proporcionará una manera de apelar esta decisión en un nivel superior dentro del hospital. Las siguientes pautas están vigentes a partir del 2/1/2019.

PAUTAS DE APROBACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UR MEDICINE

Porcentaje de asignación de asistencia financiera	Cantidad de familiares	Porcentaje de nivel federal de pobreza (FPL)	Una persona	Dos personas	Tres personas	Cuatro personas	Cinco personas	Seis personas
	Nivel federal de pobreza (FPL)		\$12,490	\$16,910	\$21,330	\$25,750	\$30,170	\$34,590
100%		Hasta el 200 %	\$24,980	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180
80%		201 – 250%	\$31,225	\$42,275	\$53,325	\$64,375	\$75,425	\$86,475
60%		251 – 300%	\$37,470	\$50,730	\$63,990	\$77,250	\$90,510	\$103,770
40%		301 -350%	\$43,715	\$59,185	\$74,655	\$90,125	\$105,595	\$121,065
20%		351 - 400%	\$49,960	\$67,640	\$85,320	\$103,000	\$120,680	\$138,360
0		Superior al 401 %						
	Agregar \$4,420 por cada miembro de la familia adicional							

Ejemplo: Una familia de **una persona** con un ingreso bruto anual de \$28,000 recibiría una asignación de asistencia financiera del **80%**, ya que estaría por debajo del límite de ingresos del 80 % de \$31,225, pero por encima del límite de ingresos del 100 % de \$24,980.