

UR MEDICINE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Solicitud completada por: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/___

Dirección postal: _____

Número de teléfono: 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 grupo familiar a su cargo, incluidos los menores de 21 años 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, proporcione una copia del aviso recibido del Departamento de Servicios Sociales o los programas de NYS of Health Exchange.

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

Formulario de presentación

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 ponerse en contacto con 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.
Oficina 1-2315
Rochester, NY 14642

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 que pueda determinar 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, incluso si considera que su familia no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Después de haber enviado una solicitud completada, es posible que las facturas no se tengan en cuenta mientras se revisa esa solicitud. Durante la revisión de una solicitud completada, 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 2/1/2023.

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
	FPL -Ingreso bruto anual		14,580	19,720	24,860	30,000	35,140	40,280
100 %		Hasta el 200 %	29,160	39,440	49,720	60,000	70,280	80,560
80 %		201–250 %	36,450	49,300	62,150	75,000	87,850	100,700
60 %		251–300 %	43,740	59,160	74,580	90,000	105,420	120,840
40 %		301–350 %	51,030	69,020	87,010	105,000	122,990	140,980
20 %		351–400 %	58,320	78,880	99,440	120,000	140,560	161,120
0		Superior al 401 %						
	Agregar \$5,140 por cada miembro adicional de la familia							

Ejemplo: Una familia de una persona con un ingreso bruto anual de \$30,000 recibiría una asignación de asistencia financiera del **80 %**, ya que estaría por debajo del límite de ingresos del 80 % de \$36,450, pero por encima del límite de ingresos del 100 % de \$29,160.