



A quien corresponda:

El Columbia Memorial Hospital puede brindar, como un servicio comunitario, atención gratuita o a costo reducido a los pacientes que cumplan con las pautas de nuestro Programa de ayuda financiera.

Se ha determinado que la ayuda financiera puede ser beneficiosa para usted. Incluidas en esta carta encontrará las pautas actuales, así como una solicitud. Revise y complete la solicitud e incluya cualquier documentación de respaldo. Envíe la solicitud por correo postal a la siguiente dirección:

Columbia Memorial Health
P.O. Box 2000
Financial Counselors
Hudson, NY 12534

Le enviaremos una carta de confirmación cuando recibamos su solicitud. Los solicitantes pueden esperar la determinación dentro de los 30 días posteriores a la recepción y pueden hacer el seguimiento a través de un consejero financiero del Columbia Memorial Hospital llamando al (518) 828-8051 en caso de tener alguna pregunta.

Atentamente,

Cuentas de pacientes
Columbia Memorial Hospital
518-828-8051



Pautas para la ayuda financiera

La ayuda financiera es un programa administrado por el Columbia Memorial Hospital que permite a los pacientes reducir sus gastos médicos de desembolso directo.

Requisitos:

- Residir en los condados de Columbia, Greene, Dutchess, Albany, Rensselaer o Ulster.
- Todos los residentes de los Estados Unidos son elegibles para servicios atención de emergencia.

Población elegible:

- Sin seguro/con seguro insuficiente.
- Beneficios de seguro de salud agotados.
- No pueden pagar los cargos totales.
- Deducibles y copagos.

Servicios excluidos:

- Compensación sin culpa/de trabajadores.
- Responsabilidad de terceros.
- Litigios pendientes.
- Diferencias por habitaciones privadas, cargos por televisión y teléfono.
- Días no cubiertos.
- Servicios que no son médicamente necesarios.

Pautas de ingresos

Para que se considere su ingreso usted debe estar por debajo de los siguientes lineamientos. Todos los demás activos se tendrán en cuenta. Una vez que se aplica un descuento, se deben establecer los pagos mensuales contratados.

Tamaño de la familia	Ingresos (basados en los lineamientos de pobreza para 2017)
1	\$48,240.00
2	\$64,960.00
3	\$81,680.00
4	\$98,400.00
5	\$115,120.00
6	\$131,840.00

Los descuentos de ayuda financiera aprobados son para las facturas de Columbia Memorial Health solamente.



Solicitud de ayuda financiera

I. Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección/apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

II. Información financiera

a. Ingresos familiares

1. **Propios** (indique los ingresos e indique, por semana, por mes, etc.)

Salario	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____
Seguridad social	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Otro	\$ _____

*Si está desempleado, ¿cuáles fueron las últimas fechas de empleo?

¿Es usted elegible para cobrar el seguro de desempleo? Sí o No

Si es elegible, ¿ha solicitado el seguro de desempleo? Sí o No

2. **Cónyuge o pareja** (indique los ingresos e indique, por semana, por mes, etc.)

Salario	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____
Seguridad social	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Otro	\$ _____

b. Información de seguro

1. ¿Tiene seguro de salud? Sí o No
2. En caso afirmativo, indique:
Aseguradora: _____ Número de identificación de la póliza: _____
Estado en donde está asegurado: _____
3. ¿Ha tenido Medicaid en el Estado de Nueva York alguna vez? Sí o No
4. ¿Ha solicitado recientemente Medicaid o cualquier otro seguro de salud del estado o del gobierno? Sí o No
5. En caso afirmativo, ¿qué ha solicitado?: _____

c. Activos:

Cuenta de ahorro	\$ _____	(adjunte estado de cuenta)
Cuenta de corriente	\$ _____	(adjunte estado de cuenta)
Efectivo	\$ _____	
Bonos y acciones	\$ _____	
Póliza de seguro	\$ _____	(valor en efectivo)
Pensión	\$ _____	
Otro	\$ _____	(descripción)

d. Tamaño de la familia

_____ (el tamaño de la familia se establece según los cónyuges o las personas declaradas como personas a cargo en la declaración de impuestos de otra persona)

III. Lista de verificación de documentación requerida

Incluya en esta solicitud la siguiente documentación, si corresponde:

Últimas tres copias de los talones de su cheque de pago (indique sus ingresos brutos).

Copia más reciente de su cheque del seguro social.

Copia de la última declaración de impuestos completada.

Prueba de identificación/residencia

Estado de cuenta mensual más reciente de su cuenta corriente/caja de ahorro.

Denegación de Medicaid

Si no se le requirió presentar una declaración de impuestos este año, firme la siguiente declaración jurada para atestiguarlo:

Firma: _____ Fecha: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y entiendo que la información presentada está sujeta a verificación por parte del Columbia Memorial Hospital y a auditorías según sea necesario.

Firma: _____ Fecha: _____

Mantenga informado al Columbia Memorial Hospital sobre el proceso de solicitud en todo momento. No hacerlo podría causar que su(s) cuenta(s) sea(n) cedida(s) a una agencia de cobranza. En tal caso, la solicitud sería nula e inválida. Transmita todas las preguntas e inquietudes a Cuentas de pacientes, disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. al (518) 828-8051.

**Devuelva la solicitud completada a:
Columbia Memorial Health
P.O. BOX 2000
Hudson, NY 12534
A la atención de: Financial Counselors**