



An affiliate of  ALBANY MED

A quien corresponda:

El Columbia Memorial Hospital, como servicio comunitario, podrá brindar atención gratuita o a menor costo a los pacientes que cumplan con los lineamientos de nuestro Programa de ayuda económica.

Se ha determinado que usted podría beneficiarse de la ayuda económica. Junto con esta carta, encontrará los lineamientos actuales, así como una solicitud. Revise y complete la solicitud e incluya cualquier documentación de respaldo. Envíe la solicitud por correo a la siguiente dirección.

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

Le enviaremos una carta de confirmación cuando recibamos la solicitud. Los solicitantes pueden esperar una resolución dentro de los 30 días siguientes y podrán hacer un seguimiento con un asesor financiero del Columbia Memorial Hospital llamando al (518) 828-8051 en caso de tener alguna pregunta.

Mantenga informado al Columbia Memorial Hospital sobre el proceso de solicitud en todo momento. Si no lo hace, podrían cederse sus cuentas a una agencia de cobranza. En tal caso, la solicitud se volverá nula. Dirija todas sus preguntas e inquietudes a Cuentas de pacientes, disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., llamando al (518) 828-8051.

Atentamente.

Cuentas de pacientes



An affiliate of  ALBANY MED

Lineamientos para la ayuda económica

La ayuda económica es un programa administrado por el Columbia Memorial Hospital que permite a los pacientes reducir los gastos de bolsillo incurridos para atención médica.

Requisitos:

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

Población elegible:

- Quienes no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente
- Quienes hayan agotado los beneficios del seguro médico
- Quienes sean incapaces de pagar los cargos totales
- Deducibles y copagos

Servicios excluidos:

- Indemnización sin determinación de culpabilidad o indemnización laboral
- Responsabilidad de terceros
- Demandas pendientes
- Costos diferenciales de habitaciones privadas, cargos por televisión y teléfono
- Días no cubiertos
- Servicios que no son médicamente necesarios

Lineamientos sobre ingresos

Para ser tenido en cuenta, sus ingresos deben cumplir con los siguientes lineamientos. Todos los demás activos se tomarán 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 2021-2022)
1	\$51,040.00
2	\$68,960.00
3	\$86,880.00
4	\$104,800.00
5	\$122,720.00
6	\$140,640.00

Los descuentos de ayuda económica aprobados corresponden únicamente para las facturas del Columbia Memorial Health.



An affiliate of ALBANY MED

Solicitud para la ayuda económica

I. Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Domicilio/Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

II. Información financiera

a. Ingresos familiares

1. **Propios** (enumere los ingresos e indique semanales, mensuales, etc.)

Salario	\$ _____
Seguro de desempleo	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____
Indemnización laboral	\$ _____
Seguro 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
De serlo, ¿ha solicitado el seguro de desempleo? Sí o No

2. **Cónyuge o pareja** (enumere los ingresos e indique semanales, mensuales, etc.)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Salario	\$ _____
Seguro de desempleo	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____
Indemnización laboral	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Otro	\$ _____



An affiliate of ALBANY MED

b. Información del seguro

1. ¿Cuenta con seguro médico?: Sí o No
2. En caso afirmativo, indique:
Aseguradora: _____ N.º de identificación de la póliza: _____
Estado en el que está asegurado: _____
3. ¿En alguna ocasión ha tenido Medicaid en el estado de Nueva York? Sí o No
4. ¿Ha solicitado Medicaid recientemente o cualquier otro seguro médico estatal o gubernamental? Sí o No
5. En caso afirmativo, ¿qué ha solicitado?: _____

c. Activos:

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

d. Tamaño de la familia

_____ (al tamaño de la familia lo determina el lazo matrimonial o las personas indicadas como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona)

III. Lista de verificación de documentos requeridos

Incluya con esta solicitud los siguientes documentos, de corresponder:

- Últimas 3 copias de los talones de su cheque de pago, que indiquen los ingresos brutos
- Copia más reciente de su cheque del Seguro Social
- Copia de la declaración de impuestos completada del año anterior
- Prueba de identidad/constancia de residencia
- Resumen mensual de cuenta más reciente de la cuenta corriente o de ahorro
- ~~Denegación de Medicaid~~

Si no se le solicitó que presente una declaración de impuestos a las ganancias este año, firme la declaración jurada a continuación que lo acredite:

Firma: _____ Fecha: _____

Certifico que la información anterior es fiel y exacta, y entiendo que la información presentada está sujeta a verificación por parte de Columbia Memorial Hospital y a auditorías, según sea necesario.

Firma: _____ Fecha: _____