

Fecha: _____

Estimado Paciente o Garante:

Se ha puesto a nuestro conocimiento que usted podría estar necesitando ayuda financiera en este momento. En St. Luke's Cornwall Hospital reconocemos esta necesidad y estamos aquí para ayudarlo en cualquier momento. Para evaluar si califica o no para la ayuda financiera, necesitamos que llene una solicitud (vea el adjunto) y que incluya un comprobante de ingresos.

Proporcione:

2 de los siguientes comprobantes de ingresos, que deberán ser presentados en nuestra oficina para su revisión:

1. Sueldos - Copia de los comprobantes de pago de los últimos tres (3) meses, de todos los miembros de la familia que estén empleados.
2. Carta de indemnización por desempleo.
3. Carta de resolución de indemnización de empleados
4. Carta de resolución de jubilación o pensión
5. Todos los estados de cuenta bancarios de los últimos tres (3) meses.
6. Copia de la carta de rechazo enviada por Medicaid

O 1 de los siguientes:

1. Copia de su formulario de declaración de salario e impuestos (Wage and Tax Statement, W-2) o declaración fiscal más reciente.
2. Carta de resolución del seguro social o de discapacidad.

Si no puede proporcionar comprobantes de sus ingresos del último año, tal como se indica anteriormente, presente una declaración de sus ingresos certificada por notario, que puede tenerse en consideración en determinadas circunstancias. Se deben completar y firmar las solicitudes para que sean consideradas. **Se negarán las solicitudes incompletas.**

St. Luke's Cornwall Hospital ofrece ayuda financiera de acuerdo a sus ingresos y a la cantidad de miembros que tiene su familia. Si cumple con los requisitos, se le podría aprobar un 50% o 100% de descuento. Si se le aprueba un 50% de descuento o se le niega por mantener un ingreso mayor al dispuesto en las normas, se le propondrá un plan de pago modificado que no exceda el 10% de su ingreso mensual. Nuestra oficina le enviará correspondencia por escrito relacionada con estos acuerdos.

Los requisitos de elegibilidad son los siguientes:

Los pacientes que demuestren tener ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de la línea federal de pobreza publicada cumplirán los requisitos para recibir un descuento del 100% en cualquier saldo que califique. Los pacientes cuyos ingresos familiares demostrables se encuentren entre el 201% y el 300% de la línea federal de pobreza, cumplen los requisitos para obtener un descuento del 50% en los saldos que califiquen.

A los pacientes no se les puede negar el acceso a atención de emergencia o médicamente necesaria sobre la base de su capacidad de pago, ni tampoco se les puede cobrar un cargo superior a los montos generalmente facturados por la institución para tales servicios. En el caso de los pacientes que no tienen seguro, estos montos equivalen al 100% de las tarifas vigentes de Medicare.

Incluya junto con esta solicitud todos los balances que tenga pendientes con St. Luke's Cornwall Hospital. Tenga en cuenta que durante este proceso podría seguir recibiendo facturas relacionadas con sus cuentas pendientes. Sin embargo, no se llevarán a cabo acciones de cobro hasta que se determine su aprobación o negación.

Esta solicitud de ayuda financiera es aplicable solo para los servicios facturados por el hospital. Los otros servicios que se facturan de forma separada no son elegibles en esta solicitud. En el caso de balances médicos pendientes, contacte directamente a estos grupos en relación con sus programas de ayuda financiera individual o acuerdos de planes de pago.

Complete y devuelva la información solicitada a nuestra Oficina de Crédito/Cobro, en los 240 días siguientes a su fecha de servicio. Se determinará la ayuda financiera en los 30 días posteriores a la recepción de toda la información. Si no es capaz de proporcionar la información en los 240 días posteriores, y no recibimos correspondencia relacionada con este asunto, consideraremos que su solicitud ha sido retirada. Una vez que haya sido aprobada o negada, total o parcialmente, usted recibirá una carta de resolución.

Si necesita más ayuda, visite o llame: St. Luke's Cornwall Hospital Credit & Collections Department, ubicado en 19 Laurel Avenue, Cornwall, NY, 12518, de lunes a viernes, de 8 am a 4 pm, o por cita. Puede contactarnos por teléfono al 845-458-4900

Gracias,
St. Luke's Cornwall Hospital

¿Está trabajando actualmente?:

Paciente (S/N): _____ Medio tiempo: _____ Tiempo completo: _____
Cónyuge (S/N): _____ Medio tiempo: _____ Tiempo completo: _____

Empleador actual del paciente: _____
Dirección del empleador: _____
Cargo: _____ Supervisor: _____
Teléfono: _____ Tiempo de empleo _____ Jubilado (S/N): _____

Empleador actual del cónyuge: _____
Dirección del empleador: _____
Cargo: _____ Supervisor: _____
Teléfono: _____ Tiempo de empleo _____ Jubilado (S/N): _____

Si está desempleado, indique el empleo anterior:

Paciente:	Del cónyuge del paciente
Empleador: _____	Empleador: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Fecha de su último empleo: _____	Fecha de su último empleo: _____

Ingresos y gastos mensuales del hogar

Ingreso mensual del hogar

Sueldos/salarios:	\$ _____	Desempleo:	\$ _____
Propinas:	\$ _____	Otro ingreso: (Explique)	\$ _____
Pensión alimenticia/ Manutención infantil:	\$ _____	Jubilación/Pensión:	\$ _____
Seguro social:	\$ _____	Dividendos/intereses/renta:	\$ _____

Total de ingresos: \$ _____

Lugar actual de residencia: Propia ____ Alquilada ____ Otro ____

Solicitante que no sea el paciente

Si el solicitante no es el paciente, explique: _____

Si el paciente está fallecido, complete lo siguiente:

- Fecha en la que falleció el paciente ____/____/____
- ¿Tiene un cónyuge sobreviviente? (S/N) _____. En caso de ser sí, nombre y dirección del cónyuge sobreviviente. _____

- ¿Tiene alguna propiedad? (S/N) _____
- ¿Cómo se verificó esto? _____
- Nombre de la persona que hace la solicitud: _____
- Relación con el paciente: _____

Yo/nosotros acuerdo/acordamos que esta solicitud será propiedad de St. Luke's Cornwall Hospital, sin importar si la ayuda es concedida o no.

Por medio de la presente, yo/nosotros autorizo/autorizamos a St. Luke's Cornwall Hospital a que verifique mis/nuestros antecedentes crediticios y laborales.

Yo, quien suscribe, reconozco que toda la información es verdadera y precisa, según mi leal conocimiento. Esta es una solicitud por servicios de cuidados no pagados, proporcionados por el St. Luke's Cornwall Hospital.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____