



THE UNIVERSITY HOSPITAL FOR
ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE

Resumen de la política de asistencia financiera

Montefiore Medical Center reconoce que en ocasiones los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar por los servicios proporcionados. Financial Aid ofrece descuentos para las personas que cumplen con los requisitos en función del ingreso y el tamaño de la familia. Además, lo podemos ayudar a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo, si cumple con los requisitos. Llame o visite a un asesor financiero en los lugares que se mencionan en la página 2 o envíe un correo electrónico a financialaid@montefiore.org para recibir asistencia gratuita y confidencial. Puede encontrar más información sobre la política de asistencia financiera en el sitio web <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. También puede recibir por correo una solicitud sin ningún costo.

La asistencia financiera está disponible para pacientes que no tienen seguro médico o que tienen una cobertura de seguro médico limitada y que residen en el área principal de servicios del centro médico (Estado de Nueva York).

Montefiore Medical Center también ofrece esquemas especiales de pago a pacientes que tienen cobertura de seguro médico pero tienen gastos de bolsillo que están fuera de su alcance o que les resulta muy costoso pagar.

Todos los residentes del Estado de Nueva York que necesiten servicios de emergencia o servicios necesarios desde el punto de vista médico pueden recibir atención y obtener un descuento.

No se le puede negar atención de emergencia o atención necesaria desde el punto de vista médico por el hecho de que necesita asistencia financiera.

Puede presentar la solicitud de descuento independientemente de su condición migratoria.

¿Cuáles son los límites de ingreso?

El monto del descuento varía según su nivel de ingresos y la cantidad de integrantes de la familia. Si usted no tiene seguro médico o tiene una cobertura de seguro médico limitada, los límites de ingreso son los siguientes:

2024	Gross Income Categories (Upper Limits)										
Federal Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Family Size	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	over 500%
1	\$15,060	\$18,825	\$22,590	\$26,355	\$27,861	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$60,240	\$75,300	
2	\$20,440	\$25,550	\$30,660	\$35,770	\$37,814	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$81,760	\$102,200	
3	\$25,820	\$32,275	\$38,730	\$45,185	\$47,767	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$103,280	\$129,100	
4	\$31,200	\$39,000	\$46,800	\$54,600	\$57,720	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$124,800	\$156,000	
5	\$36,580	\$45,725	\$54,870	\$64,015	\$67,673	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$146,320	\$182,900	
6	\$41,960	\$52,450	\$62,940	\$73,430	\$77,626	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$167,840	\$209,800	
7	\$47,340	\$59,175	\$71,010	\$82,845	\$87,579	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$189,360	\$236,700	
8	\$52,720	\$65,900	\$79,080	\$92,260	\$97,532	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$210,880	\$263,600	
For each additional person Add.	\$5,380	\$6,725	\$8,070	\$9,415	\$9,953	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$21,520	\$26,900	

¿Qué sucede si no cumpla con los límites de ingreso?

Si no puede pagar su factura, Montefiore Medical Center cuenta con una categoría de asistencia financiera para todas las personas que la soliciten. El porcentaje de descuento depende de su ingreso anual y de la cantidad de integrantes de la familia. También ofrecemos planes de pago extendidos, y el pago mensual no superará el diez por ciento de su ingreso mensual. Ofrecemos un descuento para los pacientes que están por encima del 500% del nivel federal de pobreza. También ofrecemos descuentos para pagos por cuenta propia para servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico.

¿Puede alguien explicarme el descuento o ayudarme a presentar la solicitud de asistencia financiera?

Sí, ofrecemos ayuda confidencial y gratuita.

Si no habla inglés, podrá recibir ayuda en su propio idioma. Las solicitudes, los resúmenes y la política completa están disponibles en varios idiomas sin costo alguno para usted.

El Representante de Asistencia Financiera le informará si usted califica para obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus o un Plan de Salud Calificado (durante el período de inscripción abierta).

Si el Representante de Asistencia Financiera determina que usted no califica para un seguro médico de bajo costo, lo ayudará a presentar una solicitud de descuento.

El Representante lo ayudará a completar todos los formularios y le indicará qué documentos necesita presentar.

Para obtener información o ayuda adicional, por favor diríjase a una de las siguientes oficinas o visite el sitio <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>.

- 111 East 210th Street (Sala RS-001) 718-920-5658 (Moses Campus)
- 600 East 233rd Street (Registro Central) 718-920-9660 (Wakefield Campus)
- 1825 Eastchester Road (Oficina de Admisión) 718-904-3551 (Weiler Campus)
- 2475 St. Raymond Avenue (Registro Ambulatorio) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)
- O envíe su solicitud por correo electrónico a financialaid@montefiore.org

¿Qué documentos necesito para solicitar un descuento?

Se aceptan las siguientes constancias de ingresos:

- Constancia de desempleo
- Carta de adjudicación de seguro social/pensión
- Carta de verificación de empleo/talonarios de sueldo
- Carta de apoyo
- Carta de autodeclaración (en las circunstancias correspondientes)
- Declaración de impuestos o formulario W2

Todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados por Montefiore Medical Center están cubiertos por el descuento. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones de hospitalizaciones de emergencia.

El descuento podría no aplicarse a los cargos de *médicos privados* que brindan servicios en el hospital. Debe consultar a los médicos privados para averiguar si ofrecen un descuento o plan de pago. Para obtener una lista de proveedores y saber si participan o no en el Programa de Asistencia Financiera del Centro Médico, por favor visite nuestro sitio web: <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> o contáctese con la oficina de Asistencia Financiera donde le pueden proporcionar la lista personalmente o por correo.

¿Cuánto debo pagar?

El monto de los servicios ambulatorios o de la sala de emergencias comienza en \$0 para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de sus ingresos. El monto de los servicios ambulatorios o de la sala de emergencias comienza en \$15 para adultos, dependiendo de sus ingresos.

Un Representante de Asistencia Financiera le dará información detallada acerca de su(s) descuento(s) específico(s) una vez que se haya procesado su solicitud.

No se les cobrará a los pacientes más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otro servicio necesario desde el punto de vista médico.

¿Cómo obtengo el descuento?

Debe completar el formulario de solicitud. En cuanto recibimos constancia de sus ingresos, podemos procesar su solicitud de descuento de acuerdo a su nivel de ingresos. Tiene un plazo de 30 días para completar la solicitud.

Puede solicitar un descuento antes de una consulta, cuando asista al hospital para recibir atención o cuando le llega la factura por correo.

Envíe el formulario completo a Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 o entréguelo personalmente en la Sala RS-001.

Una vez que haya enviado el formulario completo y la documentación, puede ignorar cualquier factura que reciba hasta que el hospital haya tomado una decisión sobre su solicitud.

¿Cómo sabré si se aprobó mi solicitud de descuento?

Una vez que usted haya completado y entregado la documentación, Montefiore Medical Center le enviará una carta dentro de los 30 días siguientes informándole si se ha aprobado la solicitud y cuál es el nivel de descuento otorgado.

¿Qué sucede si recibo una factura mientras estoy esperando respuesta a una solicitud de descuento?

No se le puede exigir que pague una factura del hospital mientras se está evaluando su solicitud para recibir un descuento. Si se rechaza su solicitud, el hospital debe informarle por escrito los motivos de la denegación y la forma de apelar esta decisión a un nivel superior dentro del hospital.

¿Qué sucede si se me presenta un problema que no puedo resolver con el hospital?

Puede comunicarse con la línea directa de reclamos del Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-804-5447

CENTRO MÉDICO MONTEFIORE

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

APPLICANT INFORMATION					
Nombre del Paciente				Fecha de Nacimiento:	
Dirección				Apt#	
Ciudad			Estado	Cód.Postal	
Teléfono		Parentesco con el Paciente	El mismo Cónyuge Hijo Padre Abuelo(a) Nieto(a) Otro		
Seguro Medico:		Tamaño de la Familia		Saldo Pendiente	
ELIGIBILITY WORKSHEET: FOR OFFICE USE ONLY					
Financial Counselor	Referral Source:			Adjusted Account Balance	
Patient MRN		Account Number		DOS:	
Proof of Income Secured	Yes No	Supporting Documentation	1. Pay-stubs 2. Job Letter 3. Marketplace Documentation		
Verified Gross Annual Income			4. Letter of Support (If Applicable) Other (Specify):		
The Applicant is approved for Financial Aid at the following category level (1-10)					
Application Request Date		Proof of Income Received Date			

Application Received Date		Account Adjusted Date	
Financial Aid Notification Date		Approval/Denial Date	
Approved by:			
DECLARACIÓN DE SOLICITUD			
<p>Mi firma en esta solicitud reafirma mi autorización de asignación de beneficios y divulgación de información asociada a servicios médicos proporcionados en el Centro Médico Montefiore.</p> <p>Mientras sea elegible para Asistencia Financiera, acepto informar al Centro Médico Montefiore de cualquier cambio en mi situación familiar con relación a tamaño de mi familia, cambios en ingresos y cobertura médica que podrían cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Autorizo a mi empleador y mi emisor de seguro médico a proporcionar información al Centro Médico Montefiore sobre mis ingresos, primas de seguro médico, coseguro, copagos, deducibles y beneficios cubiertos. Se estoy pidiendo Asistencia Financiera debido a un accidente u otro incidente y recibo dinero debido a ese accidente o incidente de cualquier fuente, tal como Compensación del Trabajador o una aseguradora, pagaré al Centro Médico Montefiore por todo servicio médico proporcionado en el Centro Médico Montefiore y pagado o ajustado a través de Asistencia Financiera.</p> <p>Toda información en esta solicitud es verdad a mi mejor saber y entender, y acepto proporcionar documentación a pedido.</p>			
Aclaración del nombre del Paciente			Fecha
Firma del Paciente			
<i>Estoy legalmente autorizado a proveer consentimiento en nombre del paciente mencionado arriba. Mi parentesco/relación con el paciente es el siguiente:</i>			
Firma del Representante Autorizado:			Fecha
Parentesco con el Paciente:			

Complete esta solicitud y devuelva con comprobante de ingresos/carta de mantenimiento a cualquiera de las siguientes hospitales de Montefiore:

Moses Campus – RM-001
111 East 210th Street
Bronx, NY 10467
718-920-5658

Wakefield Campus
600 East 233rd Street
Bronx, NY 10466
718-920-9660

Weiler Campus
1825 Eastchester Road
Bronx, NY 10461
718-904-3551

Westchester Square Campus
2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10461
718-430-7339

Quando Usted a completado una aplicación y documentación, usted puede ignorar alguna facturas hasta que el hospital haga una decisión sobre su aplicación. Usted tienes 30 días para completar su aplicación