

Cobleskill Regional Hospital

Política y solicitud de asistencia financiera

Abril de 2022

La política de asistencia financiera de Cobleskill Regional Hospital brinda atención gratuita o con descuento a personas y familias sin cobertura de seguro o con seguro insuficiente que tienen dificultad para pagar el costo total de su atención médica, incluido el tratamiento médico de emergencia. El tratamiento de emergencia y los servicios médicamente necesarios se proporcionan en todos los casos, independientemente de la capacidad de pago de la persona. Para que podamos prestar servicio a tantas personas como sea posible de acuerdo con este programa, los solicitantes deben cumplir determinados requisitos de elegibilidad. Todos los pacientes de Bassett Healthcare pueden solicitar el programa de asistencia financiera sin importar cuál sea su lugar de residencia. No se trata de una póliza de seguro ni cumple con los criterios de un plan de salud calificado de acuerdo con la Ley de Atención Asequible. Recomendamos encarecidamente y ofrecemos asistencia para solicitar una cobertura de seguro a largo plazo si se determina que reúne los requisitos. La solicitud solo tiene validez en los plazos de tiempo que se especifican a continuación. Hay solicitudes por separado disponibles para cada hospital de la red Bassett Healthcare.

¿Qué servicios no cubre esta política?

Los servicios proporcionados en Cobleskill Regional Hospital por médicos que no pertenecen a Bassett u otros proveedores externos de atención médica. Actualmente, todos los servicios médicos proporcionados en Cobleskill Regional Hospital están cubiertos por esta política. Puede comunicarse con el hospital al (518) 254-3381 o visitar www.bassett.org si tiene preguntas sobre si los servicios de su médico están cubiertos por esta política.

Los servicios no incluidos en el programa de asistencia financiera son los siguientes:

- Farmacia
- Anteojos o lentes de contacto
- Audífonos y equipo médico duradero
- Atención dental de rutina (se cubren las primeras dentaduras postizas después de una extracción)
- Cirugía bucal
- Cirugía estética
- Toda fecha de servicio anterior a los doscientos cuarenta (240) días del envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta

¿Cómo se califica para recibir asistencia financiera?

Para calificar para recibir el beneficio del programa de asistencia financiera, los servicios y la solicitud deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Se aceptarán solicitudes de asistencia financiera para servicios futuros dentro de los 60 días de presentada la solicitud, que se limiten a servicios programados no excluidos del programa. También son elegibles los servicios anteriores de no más de 240 días antes de la fecha de envío por correo del primer estado de cuenta posterior al alta.
- El ingreso familiar bruto anual de su familia no excede el 300% de los siguientes límites federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y usted no tiene seguro* o el ingreso familiar bruto anual de su familia no excede el 200% de los siguientes límites federales de pobreza (FPL) y usted está asegurado.*

Nivel de pobreza*	Sin seguro y al 300% o por debajo				Seguro <i>insuficiente</i> y al 200% o por debajo del FPL	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Descuento						
Tamaño del hogar	Nivel de ingresos (FPL)	200%	250%	%	Nivel de ingresos (FPL)	200%
	\$13,590	\$27,180	\$33,975	\$40,770	\$13,590	\$27,180
	\$18,310	\$36,620	\$45,775	\$54,930	\$18,310	\$36,620
	\$23,030	\$46,060	\$57,575	\$69,090	\$23,030	\$46,060
	\$27,750	\$55,500	\$69,375	\$83,250	\$27,750	\$55,500
	\$32,470	\$64,940	\$81,175	\$97,410	\$32,470	\$64,940
	\$37,190	\$74,380	\$92,975	\$111,570	\$37,190	\$74,380
	\$41,910	\$83,820	\$104,775	\$125,730	\$41,910	\$83,820
	\$46,630	\$93,260	\$116,575	\$139,890	\$46,630	\$93,260
Por cada persona extra, agregar	\$4,720	\$9,440	\$11,800	\$14,160	\$4,720	\$9,440

Nota: *Todo solicitante sin seguro que tenga ingresos inferiores al 300% del límite federal de pobreza (FPL) es elegible para recibir asistencia financiera siempre y cuando se cumplan todos los requisitos del programa.

Aunque se requiere que los solicitantes completen todas las secciones de la solicitud y cumplan con todos los requisitos del programa, Cobleskill Regional Hospital se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de renunciar a los requisitos de solicitud por causas suficientes demostradas conforme a las leyes federales y estatales.

¿Cómo solicito asistencia financiera?

Para presentar la solicitud de asistencia financiera, se requiere lo siguiente:

- Un formulario de solicitud completo, firmado y fechado (se incluye aquí).
- Todos los solicitantes pueden hacer caso omiso de cualquier facturación recibida durante el período siguiente a la presentación de la solicitud hasta que se haya tomado una decisión final sobre su elegibilidad.
- Verificación de ingresos. Presente documentación de sus ingresos junto con la solicitud. La documentación que se usa por lo general son comprobantes de pago o declaraciones de beneficios. Puede presentar sus ingresos con su declaración de impuestos, pero no es necesario fundamentarlos. En caso de que haya habido cambios recientes en sus ingresos (por pérdida de empleo, etc.), puede presentar una verificación adicional del período de seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Tenga en cuenta que, si trabaja por su cuenta y ha presentado una declaración de impuestos, puede haber algunos descuentos que no se consideren al calcular sus ingresos o su elegibilidad para este programa.

¿Cómo sabré si me aprobaron para recibir asistencia financiera?

Se le enviará una carta de determinación de asistencia financiera dentro de los 30 días de haber completado y enviado toda la documentación requerida, para informarle nuestra determinación sobre su solicitud. La solicitud aprobada de asistencia financiera generará un gravamen en favor de Cobleskill Regional Hospital contra lo recaudado por cualquier juicio o reclamación por lesiones personales relacionados con los servicios del hospital mencionados en la solicitud. La política de asistencia financiera se aplicará a los cargos, los copagos y los deducibles restantes después de que se hagan los pagos del seguro y las liquidaciones.

¿Puedo apelar un rechazo de asistencia financiera?

Se pueden apelar los rechazos de asistencia financiera dentro de los 30 días de recibido el rechazo, mediante presentación de una declaración de apelación por escrito con cualquier material de respaldo ante:

**Financial Assistance Program
Bassett Healthcare Network
Attention: Financial Assistance Appeal
One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326**

¿Qué otros programas están disponibles?

Nueva York cuenta con varios programas de seguros patrocinados por el estado, entre los que se incluyen Medicaid, Child Health Plus, Healthy NY y Asistencia para Atención Prenatal (PCAP, por sus siglas en inglés). Puede obtener información y un listado completo de programas en <http://www.health.state.ny.us>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para obtener información sobre esos programas. Podrá encontrar información sobre los planes de salud disponibles mediante el Intercambio de Salud del Estado de Nueva York en <http://www.nystateofhealth.ny.gov> o llamando al 1-855-355-5777 (línea gratuita).

¿Cómo me comunico para obtener más información o ayuda con la solicitud?

Se pueden descargar solicitudes de www.bassett.org al hacer clic en "Financial Assistance" (Asistencia financiera) y seleccionar el establecimiento adecuado de la red Bassett Healthcare. Llame al (607)-547-3480 para comunicarse con representantes de cuentas de Cobleskill Regional Hospital o al 1-(800)-642-0455 (línea gratuita) para obtener más información o solicitar una copia gratis de la política y la solicitud, o para presentar una solicitud. Deberá enviar una solicitud completa con material de respaldo a:

**Financial Assistance Program
Bassett Healthcare Network
One Atwell Road
Cooperstown, NY 13326**

¿Qué opciones disponibles tengo si no reúno los requisitos para obtener asistencia financiera?

Política de facturación y cobro: en cualquier momento, dentro de los 240 días de enviado por correo el primer estado de cuenta, una persona responsable elegible puede completar una solicitud de nuestro programa de asistencia financiera.

Nosotros, así como nuestros socios de facturación y cobro, hacemos todo esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes y las personas responsables a resolver sus saldos pendientes. Todas las personas responsables recibirán estados de cuenta de facturación después de derivarlos al organismo de facturación de pago automático del hospital: Medical Self Pay Accounts Receivable Services, LLC (MedSPAR). Si la persona responsable no pudiese remitir el pago total del saldo remanente, podrá celebrar un acuerdo aprobado de pago en cuotas mensuales sin intereses. Todos los acuerdos de pago en cuotas mensuales aprobados se confirmarán con la persona responsable por escrito.

Al menos treinta (30) días después de enviar por correo el estado de cuenta final con aviso de MedSPAR de acuerdo con lo que requiere la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible, todo saldo impago no sujeto a un acuerdo aprobado de pago en cuotas o que sea elegible para recibir asistencia financiera se puede derivar para el cobro de un tercero. Una vez que se derive a un cobrador externo, según factores que incluyen el monto adeudado y las circunstancias personales de la persona responsable, el saldo pendiente puede estar sujeto a uno o más de los siguientes: informe crediticio, litigio que podría ocasionar un embargo judicial sobre bienes reales o personales, y ejecución judicial. Si el saldo pendiente está en manos de un cobrador externo, se aceptarán solicitudes de asistencia financiera si se reciben dentro de los 240 días del envío por correo del primer estado de cuenta de MedSPAR mencionado. Se ofrecerá a los pacientes o las personas responsables que no sean elegibles para obtener asistencia financiera la oportunidad de resolver de manera voluntaria sus saldos pendientes con nuestro organismo externo o bufete legal.

Definiciones:

- **Sin seguro.** No está cubierto por un seguro.
- **Con cobertura deficiente.** Está cubierto por un seguro, pero de manera insuficiente.
- **Familia.** Según la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta, puede ser considerado dependiente a los efectos de la política de asistencia financiera.
- **Hogar.** El hogar, en lo que se refiere a los ingresos del hogar, definido por la Oficina del Censo, incluirá a cualquier persona que viva en el hogar y sea mayor de 15 años.
- **Ingresos del hogar.** Los ingresos del hogar se determinan utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza las siguientes fuentes de ingresos:
 - ◆ Ingresos/salarios, indemnización por desempleo, indemnización laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas.
 - ◆ Los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
 - ◆ Se determinan sobre una base antes de impuestos.
 - ◆ Excluyen ganancias o pérdidas de capital.
 - ◆ Si una persona vive con una familia, incluyen los ingresos de todos los miembros de la familia que viven juntos como parte de una unidad unifamiliar. No se incluyen inquilinos o huéspedes.

SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELÉFONO: () _____

DOMICILIO CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL (marque una opción con un círculo): casado soltero divorciado viudo separado legalmente (debe presentar comprobante)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EMPLEADOR (del solicitante): _____

EMPLEADOR (del cónyuge, si corresponde): _____

CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA (incluido el solicitante): _____

INGRESOS FAMILIARES ANTES DE IMPUESTOS: (últimos 6 meses) \$ _____

EDADES DE LOS HIJOS: _____

VERIFICACIÓN DE IMPUESTOS: Talones de pago Declaraciones de impuestos Declaraciones de beneficios

Otro (especifique): _____

***El comprobante de ingresos puede ser uno o más de los siguientes: copias de talones de pago, devoluciones de impuestos estatales y federales, declaraciones de beneficios o documentación de cualquier otro ingreso junto con su solicitud.**

SEGURO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR U OTRO SEGURO:

¿Usted o su cónyuge tienen acceso a un seguro médico patrocinado por el empleador o a otro seguro médico? SÍ NO

Si la respuesta es "sí", costo mensual estimado del seguro patrocinado por el empleador u otro seguro: _____

Si la respuesta es "sí", dirección y número de teléfono del empleador o la otra entidad que ofrecen seguro de salud:

***Adjunte documentación de respaldo para verificar costos, opciones disponibles e inscripción.**

RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD: ¿Se han iniciado acciones legales u otros reclamos por estos servicios, o se contempla la posibilidad de iniciar acciones legales o reclamos? Sí / No

Si la respuesta es "sí", indique nombre y dirección del abogado: _____

Nombre y dirección de las personas responsables: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y está completa, a mi leal saber y entender. Entiendo que hay asistencia disponible a través de Bassett Healthcare Network para ayudarme con las solicitudes pendientes de asistencia financiera o cobertura de terceros (Medicaid, Medicare, seguros, etc.). Si esas opciones están disponibles para el pago de estos cargos hospitalarios o médicos, entiendo que debo tomar cualquier medida que sea razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia. Si se me otorga algún producto de la cobertura de terceros, como un acuerdo de accidente o un caso civil, asignaré esos ingresos al hospital independientemente de cuándo se reciba el pago. Sin embargo, cualquier pago o gravamen de esa índole solo será en la medida de estos cargos, o de tal compensación, lo que sea menor.

Al hacer esta solicitud, por el presente documento otorgo a Cobleskill Regional Hospital un gravamen por las ganancias de cualquier compensación que me paguen, o en mi beneficio, o al paciente, o en beneficio del paciente, como resultado de cualquier acción civil, arbitraje o reclamación relacionados con estos cargos. Por el presente documento, los solicitantes autorizan a Cobleskill Regional Hospital a realizar una investigación razonable de la disponibilidad de seguros de salud patrocinados por el empleador, que incluye comunicarse con los empleadores de los solicitantes.

Si la información que he suministrado en relación con esta solicitud con posterioridad se determina que es incorrecta o está incompleta, volverá a evaluarse la elegibilidad para el programa de Asistencia Financiera con base en la información correcta o adicional, y puedo ser responsable del pago de cualquier servicio que con anterioridad se haya considerado elegible de conformidad con dicho programa de Asistencia Financiera.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Cónyuge: _____

Fecha: ____/____/____



Bassett Healthcare Network

Política y solicitud de asistencia financiera



*Un recurso útil para los pacientes que necesitan
asistencia financiera*



Bassett Healthcare Network
Cobleskill Regional Hospital

178 Grandview Drive
Cobleskill, NY 12043
(518) 254-3456
www.bassett.org



Bassett Healthcare Network
Cobleskill Regional Hospital

2022