



RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

¿El HAHV ofrece asistencia financiera, o un programa de asistencia financiera?

Sí. El HAHV continúa dedicado a la excelencia constante en el cuidado de los pacientes y el servicio a la comunidad. Como aliados en la comunidad, ofrecemos un programa de asistencia financiera que nos permite brindar cuidado a los pacientes sin costo, o con un costo menor a nuestros precios establecidos.

¿Quiénes califican para un descuento y cuáles son los límites de ingresos?

Hay asistencia financiera disponible para pacientes con ingresos limitados y sin seguro de salud. Todos los pacientes que residan en el Estado de Nueva York son elegibles para asistencia financiera para un trastorno médico de emergencia. También hay asistencia financiera disponible para servicios médicamente necesarios para pacientes que residen en el área primaria de servicio y que sufran de un trastorno médico que no sea de emergencia. El área primaria de servicio consiste de los condados de Ulster, Greene, Columbia, Dutchess, Orange, Sullivan y Delaware. El monto del descuento varía dependiendo de sus ingresos y del tamaño de su familia. No tenga miedo de solicitarlo; usted podría calificar incluso si trabaja o si es dueño de una casa o un automóvil. También puede solicitar un descuento sin importar su situación migratoria. Hay atención con descuento o gratuita disponible hasta el 500% de los niveles federales de pobreza que aparecen a continuación.

Número de personas en la unidad familiar	Ingreso familiar anual*	Ingreso familiar mensual	Ingreso familiar semanal
1	\$15,060	\$1,255	\$290
2	\$20,440	\$1,703	\$393
3	\$25,820	\$2,152	\$497
4	\$31,200	\$2,600	\$600
5	\$36,580	\$3,048	\$703
6	\$41,960	\$3,497	\$807
7	\$47,340	\$3,945	\$910
8	\$52,720	\$4,393	\$1,014
Cada persona adicional	\$5,380	\$448	\$103

**Cifras basadas en los niveles federales de pobreza para 2024 publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.*

¿Cuáles servicios están cubiertos?

Todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos por el programa de asistencia financiera. Estos incluyen los servicios para pacientes externos, servicios para pacientes internados, y servicios de emergencia. Esta política de asistencia financiera se aplica solamente al Hospital y a los proveedores afiliados con su ente asociado, Westchester Medical Center Advanced Physician Services, P.C. Todos los demás médicos, proveedores o grupos de proveedores no están cubiertos por esta política. Puede llamar directamente a su proveedor si tiene preguntas sobre sus políticas.

¿Cómo obtengo información sobre el programa de asistencia financiera?

Para preguntar por nuestro programa de asistencia financiera llámenos al (845) 334-2743 o pídale un paquete informativo a cualquier miembro de nuestro personal de registro.

¿Qué necesito para presentar mi solicitud al programa?

Hay ayuda gratuita y confidencial disponible para el programa. Le ayudaremos a llenar una solicitud muy sencilla, y le informaremos de los pocos documentos necesarios (identificación con fotografía, recibos de nómina, etc.). Si usted, sus familiares o sus amigos no hablan inglés, alguien le ayudará en su propio idioma. El asesor financiero también puede decirle si califica para un seguro de salud gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus. Si el asesor financiero determina que usted no califica para un seguro gratuito o de bajo costo, le ayudará a solicitar un descuento de caridad.

¿Qué pasa si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?

Puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447.



NIVELES FEDERALES DE POBREZA

El Departamento de Salud y Servicios Humanos publica actualizaciones al nivel federal de pobreza en su sitio de internet, en <http://aspe.os.dhhs.gov/poverty/xxpoverty.shtml> (donde XX indica el año específico, por ejemplo, 24 para 2024).

Sólo como ejemplo, la siguiente tabla refleja los niveles federales de pobreza para 2024. Sin embargo, la determinación de la elegibilidad para asistencia financiera se basará en los niveles del año en curso en el momento en que el paciente presente su solicitud de asistencia.

Tabla B1 - Cálculo de los niveles de ingresos para determinar la elegibilidad para asistencia financiera

2024 CALCULATION OF INCOME LEVELS FOR DETERMINING CHARITY CARE						
Persons in Family Unit	48 Contiguous US States and D.C.	Level I	Level II		Level III	
		< = 150% FPL	151% - 250% FPL		251% - 300% FPL	
		100% Discount	80% Discount		50% Discount	
			Between...		Between...	
		150%	151%	250%	251%	300%
1	\$15,060	\$22,590	\$22,591	\$37,650	\$37,651	\$45,180
2	\$20,440	\$30,660	\$30,661	\$51,100	\$51,101	\$61,320
3	\$25,820	\$38,730	\$38,731	\$64,550	\$64,551	\$77,460
4	\$31,200	\$46,800	\$46,801	\$78,000	\$78,001	\$93,600
5	\$36,580	\$54,870	\$54,871	\$91,450	\$91,451	\$109,740
6	\$41,960	\$62,940	\$62,941	\$104,900	\$104,901	\$125,880
7	\$47,340	\$71,010	\$71,011	\$118,350	\$118,351	\$142,020
8	\$52,720	\$79,080	\$79,081	\$131,800	\$131,801	\$158,160
Ea. Addt'l	\$5,380	\$8,070	\$8,071	\$13,450	\$13,451	\$16,140