

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Podría ser elegible para recibir asistencia económica para pagar las facturas del hospital si no tiene seguro, si se agotó su seguro o si tiene seguro médico, pero tiene una constancia de haber pagado gastos médicos por un total que supera el 10 % de sus ingresos. Si completa este formulario, comenzará con la solicitud de asistencia económica hospitalaria. Este formulario lo usan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud se debe imprimir en los idiomas principales¹ que hablen los pacientes a los que atiende el hospital.

Nombre del paciente (complete con la información que corresponda)

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Número de departamento/unidad	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de contacto		
Nombre del padre/de la madre/del tutor legal o del representante legal (si el paciente es un niño menor de edad o un adulto incapacitado)		
Dirección de correo electrónico (si corresponde)		

Información sobre la familia:

Indique a continuación los integrantes de su grupo familiar. Su grupo familiar incluye a usted, a su cónyuge o pareja doméstica, y a los hijos u otros dependientes que tenga. Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en una misma declaración de impuestos.

Ingresos brutos significan sus ingresos **antes** de deducir impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en dinero ganado por trabajo (sueldos, salarios, propinas, dinero ganado como trabajador autónomo), ingresos no percibidos (beneficios del Seguro Social, por discapacidad y por desempleo), aportes (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal y seguridad de ingreso suplementario).

¹ Los "idiomas principales" incluyen cualquier idioma que se use para comunicarse en, al menos, un 5 % de las visitas de pacientes al año, o cualquier idioma que hable más del 1 % de la población del área de servicios principal del hospital, según el cálculo de la información demográfica disponible de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, complementada por datos de los sistemas escolares.

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA HOSPITALARIA UNIFORME DEL ESTADO DE NUEVA YORK

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Es el paciente	

El hospital le puede solicitar que presente documentación como constancia de sus ingresos; entre los ejemplos de documentación se pueden incluir un talón de pago, una carta de su empleador, si corresponde, o el Formulario 1040.

Condición con respecto al seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o que haya adquirido por su cuenta?

☐ Sí ☐ No

Si respondió que "No", ¿le gustaría obtener ayuda para presentar una solicitud para alguno de estos programas?

☐ Sí ☐ No

Pacientes infraasegurados: personas que tienen seguro, pero tienen gastos médicos altos.

Si usted tiene seguro, indique un valor aproximado de las facturas médicas que pagó en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede solicitarle que presente la documentación como constancia de pago de gastos médicos.

Paciente/parte responsable: si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma el formulario y su autoridad para firmar en nombre del paciente (p. ej., cónyuge, padre, madre, representante legal).

Comprendo que la información que presente puede quedar sujeta a su verificación por parte de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y está completa según mi leal saber y entender.

Paciente/Agente/Familiar/Tutor* (Firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Fecha (Date)	Hora (Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)

Relación, si no es el paciente
(Relationship if other than patient)

ELEGIBILIDAD MÍNIMA Y LINEAMIENTOS

(MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Plazos de solicitud, derechos del paciente y confidencialidad

- Puede presentar una solicitud para recibir asistencia económica en cualquier momento durante el proceso de cobro.
- No tiene que realizar ningún pago a este hospital hasta que reciba una decisión con respecto a su solicitud de asistencia económica. Los hospitales no pueden enviar cuentas al departamento de cobros mientras esté pendiente su solicitud.
- Si le niegan la asistencia económica, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo hacerlo se incluirá en el aviso que reciba del hospital. Tiene derecho a apelar el monto de su asistencia económica. El hospital incluirá información sobre cómo apelar en la carta que le envíen con la decisión.
- Los hospitales no pueden enviar las facturas impagas a una agencia de cobro durante, al menos, 180 días después de su primera factura.
- Los hospitales tienen prohibido tomar medidas legales, lo que incluye presentar demandas, para recuperar las facturas médicas impagas de pacientes que estén por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza. Los lineamientos de pobreza se pueden encontrar aquí: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- La información que brinde en esta solicitud solo la usará el hospital para determinar la elegibilidad para asistencia económica y se mantendrá confidencial en la medida que lo permita la ley.
- Un hospital no puede negarle servicios médicos necesarios por tener una factura médica pendiente.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, **comuníquese con la Oficina de Asistencia Económica de Northwell Health llamando al (800) 995-5727.**
- Para presentar la solicitud, hable con un representante llamando al número de teléfono que figura arriba, en línea en <https://www.northwell.edu/assistance> o por correo postal, escribiendo a Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Si necesita más ayuda con esta solicitud o para apelar una decisión, puede comunicarse con Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidad

Nada limita la capacidad de un hospital de establecer la elegibilidad de un paciente para recibir descuentos en los pagos en niveles de ingresos más altos que los que se especifican abajo o de proporcionar mayores descuentos en los pagos para pacientes elegibles que los que exige la Ley de Salud Pública. Además, la condición de inmigrante no podrá ser un criterio de elegibilidad a los efectos de determinar la asistencia económica.

Las siguientes personas son elegibles:

- personas de ingresos bajos sin seguro médico;
- personas infraaseguradas (con costos médicos de bolsillo acumulados en los últimos doce meses que suman más del 10 % de los ingresos brutos anuales de dicha persona);
- personas a las que se les han agotado los beneficios del seguro médico y que pueden demostrar una incapacidad de pago de la totalidad de los cargos; o
- según el criterio del hospital, las personas que pueden demostrar una incapacidad de pago de su copago o deducible pueden solicitar pagar un monto reducido o con descuento.

Las personas que estén en hasta un 400 % del nivel federal de pobreza son elegibles para asistencia económica.

ELEGIBILIDAD MÍNIMA Y LINEAMIENTOS (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Niveles federales de pobreza (2025)			
Tamaño del grupo familiar	200 %	300 %	400 %
1 persona	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 personas	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 personas	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 personas	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 personas	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 personas	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 personas	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Se actualiza todos los años: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tarifas mínimas de descuento

Si califica para recibir asistencia económica, sus cargos se reducirán de acuerdo con sus ingresos siguiendo una escala móvil, de la siguiente manera:

Nivel de ingresos	Pago
Por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL)	Se exime de todos los cargos
Entre el 200 % y el 300 % del FPL	Pacientes que no tienen seguro: escala móvil hasta el 10 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes infraasegurados: hasta un máximo del 10 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.
Entre el 301 % y el 400 % del FPL	Pacientes que no tienen seguro: escala móvil hasta el 20 % del monto que Medicaid hubiera pagado por los servicios. Pacientes infraasegurados: hasta un máximo del 20 % del monto que se hubiera pagado de conformidad con los costos compartidos del seguro de dicho paciente.

Los hospitales pueden optar por ofrecer mayores descuentos a los pacientes elegibles u ofrecer a los pacientes con niveles de ingresos más altos descuentos en el pago.

Planes de cuotas

Los planes de cuotas están disponibles para los pacientes que no pueden pagar la tarifa reducida en un pago. Los pagos mensuales no pueden superar el 5 % de los ingresos brutos mensuales y la tasa de interés que se cobre al paciente por el saldo, si corresponde, no deberá superar el 2 %.

SOLICITUD DE CONSTANCIA DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Incluya la información de ingresos del paciente, de su cónyuge y de los dependientes que tenga (por ejemplo, hijos). Por ejemplo, esto incluiría a cualquier persona que se incluya en la misma declaración de impuestos (el contribuyente, su cónyuge y los dependientes a efectos impositivos) en el cálculo de los ingresos del grupo familiar.

A continuación, se presenta una lista de documentos que puede usar para demostrar sus ingresos. No tiene que presentar todos estos documentos. También puede presentar una declaración de falta de ingresos, si no tiene ingresos.

También puede proporcionar la página de determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York. Si tiene este documento, no tiene que proporcionar al hospital ninguna otra información sobre ingresos que figure a continuación.

Si el grupo familiar recibe:	Monto por mes:	El solicitante puede proporcionar:
Salarios	\$	Proporcione un cheque de pago o una carta del empleador con el membrete de la compañía, firmada y fechada, o la declaración de impuestos que haya presentado más recientemente.
Pago del seguro social	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social de los EE. UU., o la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Compensación por desempleo	\$	Una copia de la carta/del certificado de adjudicación o la declaración de beneficios mensuales del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una copia de la Tarjeta de Pago Directo con su impresión, o correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o una hoja con la información de cuenta del receptor impresa del sitio web del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (www.labor.state.ny.us).
Pago por discapacidad	\$	Una copia de la carta/certificado de adjudicación o correspondencia de la Administración del Seguro Social o una copia de la carta de beneficios anuales. Para solicitar una copia de su carta de beneficios, llame al 1-800-772-1213 o visite www.ssa.gov .
Indemnización laboral	\$	Una copia de la carta de adjudicación o talón de cheque de pago.
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$	Una copia de la orden judicial o 3 meses de cheques cobrados/recibos.
Dividendos/Intereses	\$	Resúmenes de cuenta de dividendos trimestrales o resúmenes de cuenta de 1 mes.
Otro	\$	Una carta que indique el monto de las ganancias que no salariales (si corresponde), como ingresos por rentas, dinero en efectivo por trabajos esporádicos, etc.
Ningún ingreso	\$0	Declaración firmada de falta de ingresos.

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

You may be eligible for hospital financial assistance to pay your bills if you are uninsured, if your insurance is exhausted, or if you have health insurance but have proof of paid medical expenses totaling more than 10% of your income. Completing this form will start your request for hospital financial assistance. This form is used by all hospitals in New York State.

This application must be printed in the primary¹ languages spoken by patients served by the hospital.

Patient Name (complete information that is applicable)

Patient Name (First, Middle, Last)		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Address	Apartment/Unit #	
City	State	Zip
Contact Phone #		
Parent/Guardian or Lawful Representative Name (if patient is a minor child or an incapacitated adult)		
Email Address (if any)		

Family Information:

Please list below all family members in your household. Your household includes yourself, your spouse or domestic partner, and any children or other dependents. For example, this would include everyone listed on the same tax return.

Gross income means your income **before** taxes are deducted.

Gross income can consist of work earnings (wages, salaries, tips, earnings from self-employment), unearned income (social security, disability, and unemployment benefits), contributions (funds from family or friends), and other sources of income (temporary assistance and supplemental security income).

¹ "Primary languages" includes any language that is used to communicate in at least 5% of patient visits per year, or any language spoken by more than 1% of the primary hospital service area population, as calculated using demographic information available from the United States Bureau of the Census, supplemented by data from school systems.

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Full Name	Relationship	Total Gross Income (Current)
	Self	

The hospital may request you submit documentation as proof of income; examples of documentation might include a pay stub, a letter from your employer if applicable, or Form 1040.

Health Insurance Status

Do you have any form of health insurance, including Medicaid, Medicare, or private insurance through your employer or purchased on your own?

☐ Yes ☐ No

If you answered "No," would you like assistance in applying for any of these programs?

☐ Yes ☐ No

Underinsured patients: people with insurance and high medical expenses.

If you have insurance, please provide an estimate of the medical bills you paid in the past 12 months.

\$

The hospital may request you submit documentation as proof of paid medical expenses.

Patient/Responsible Party: If not the patient, list the name of the person signing the form and their authority to sign on behalf of the patient (e.g., spouse, parent, legal representative).

I understand that the information I submit may be subject to verification from external sources. I certify that the information is true and complete to the best of my knowledge.

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature)	Date	Time	Print Name
Relationship if other than patient			

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Application Timeline, Patient Rights, and Confidentiality

- You can apply for financial assistance at any point during the collection process.
- You do not have to make any payment to this hospital until you receive a decision on your application for financial assistance. Hospitals may not forward accounts to collection while your application is pending.
- If you are denied financial assistance, you have the right to appeal. Information on how to do so will be included in the hospital's notice you receive. You may have the right to appeal the amount of your financial assistance. The hospital will include information about how to appeal in their decision letter.
- Hospitals cannot send unpaid bills to a collection agency for at least 180 days after your first bill.
- Hospitals are prohibited from taking legal action, including filing lawsuits, to recover unpaid medical bills for patients below 400% of the federal poverty level. Poverty guidelines can be found here: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Any information provided in this application will only be used by the hospital to determine your eligibility for financial assistance and will remain confidential to the extent permitted by law.
- A hospital cannot deny you medically necessary services because you have an outstanding medical bill.
- If you need assistance with this application, **please contact Northwell Health's Financial Assistance Office at (800) 995-5727.**
- Please submit your application by speaking to a representative at the above phone number, online at <https://www.northwell.edu/assistance>, or by mail at Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- If you need additional assistance with this application or help appealing a decision, you can reach out to Community Health Advocates: 888-614-5400.

Eligibility

Nothing limits a hospital's ability to establish patient eligibility for payment discounts at income levels higher than those specified below and/or to provide greater payment discounts for eligible patients than those required by Public Health Law. Additionally, immigration status shall not be an eligibility criterion for the purpose of determining financial assistance.

The following individuals are eligible:

- Low-income individuals without health insurance; or
- underinsured individuals (out-of-pocket medical costs accumulated in the past twelve months that amount to more than ten percent of such individual's gross annual income); or
- those who have exhausted their health insurance benefits, and who can demonstrate an inability to pay full charges; or
- at the hospital's discretion, individuals who can demonstrate an inability to pay their co-pay and/or deductible can request a reduced or discounted payment.

Individuals up to 400% of the federal poverty level are eligible for financial assistance.

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Federal Poverty Levels (2025)			
Household Size	200%	300%	400%
1 Person	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Persons	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Persons	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Persons	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Persons	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Persons	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Persons	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Updated annually: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimum Discount Rates

If you qualify for financial assistance, your charges will be reduced according to your income on a sliding fee scale as follows:

Income Level	Payment
Below 200% FPL	Waive all charges
200% - 300% FPL	Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.
301% - 400% FPL	Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.

Hospitals may choose to provide greater discounts for eligible patients and/or offer payment discounts for patients at higher income levels.

Installment Plans

Installment plans are available to patients who are unable to pay the reduced rate all at one time. Monthly payments cannot exceed 5% of your gross monthly income and the rate of interest charged to the patient on the unpaid balance, if any, shall not exceed 2%.

REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME

Please include the income information for the patient, their spouse, and any dependents (such as children). For example, this would include everyone on the same tax return (tax filer, spouse, and tax dependents) in the calculation of household income.

The following is a list of documents you can use to prove your income. You do not have to provide all these documents. You can also provide a statement of no household income if you have no income.

You may also provide the Eligibility determination page from the NY State of Health Marketplace. If you have this document, you do not have to provide any other income information listed below to the hospital.

If Household Receives:	Amount per Month:	Applicant May Provide:
Wages	\$	Please provide one Paycheck Stub, or Letter from Employer on company letterhead, signed and dated, or most recently filed income tax return.
Social Security Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from the U.S. Social Security Administration, or annual benefit letter. To request a copy of your Social Security benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Unemployment Compensation	\$	Copy of award letter/certificate, or monthly benefit statement from NYS Department of Labor, or Copy of Direct Payment Card with printout, or Correspondence from the NYS Department of Labor, or Printout of recipient's account information from the NYS Department of Labor's website (www.labor.state.ny.us).
Disability Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from Social Security Administration, or copy of annual benefit letter. To request a copy of your benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Workers Compensation	\$	Copy of Award Letter or Check stub.
Alimony/Child Support	\$	Copy of court order, or 3 months of cashed checks/receipts.
Dividends/Interest	\$	Quarterly dividend statements or 1 month statements.
Other	\$	Letter stating the amount of non-wage earnings (if any), such as rental income, cash for odd jobs, etc.
No Income	\$0	Signed statement of no income.