



## Solicitud para el Programa de asistencia financiera

### Directrices:

1. El hospital usa una escala variable para el patrocinio del Programa de asistencia financiera en base a los ingresos anuales de todos los familiares, que viven en la misma residencia, y otros activos como cuentas de cheques y de ahorros y otros activos líquidos, hasta cuatro veces lo estipulado en las Directrices Federales de Pobreza.
2. La aprobación del patrocinio para la cantidad total o parcial de su factura está limitada a un año.
3. Las cuentas anteriores que estén en litigio no son elegibles para el programa. El hospital considerará las cuentas creadas dentro de un plazo de seis meses de la fecha de la solicitud.
4. El programa solo cubre cantidades facturadas por Saratoga Hospital y sus afiliados. Los servicios médicos prestados en estos centros no están cubiertos por el programa.
5. El programa solo cubre aquellos servicios que son médicamente necesarios. Los servicios cosméticos no están cubiertos.
6. La elegibilidad de un menor de edad o de un hijo mayor de 18 años que viva en casa se determinará incluyendo los ingresos y los activos de los padres.

Directrices generales para el solicitante:

Los solicitantes deben cumplir todos los requisitos que se indican abajo. La tergiversación intencional de la información resultará en la denegación de esta y todas las solicitudes presentadas en el futuro. Este programa está diseñado para ayudar a aliviar la carga financiera de la atención médica, pero no para sustituir el programa de Medicaid.

**Para ser elegible para el Programa de atención comunitaria, el solicitante debe aceptar:**

1. Atenerse a la escala variable que el hospital usa y que se basa en los ingresos anuales de todos los familiares que residen en el mismo lugar y en otros activos líquidos como cuentas de cheques y de ahorros hasta cuatro veces las Directrices federales de pobreza.
2. Solicitar la participación en programas de seguros subsidiados, si califica, y entregarle al hospital copias de las denegaciones de Medicaid. Cualquier denegación de Medicaid por no presentar una solicitud a tiempo, por transferir activos o por no revelar información financiera será motivo para que este programa ya no considere darle cobertura al solicitante.
3. Proporcionar constancia de ingresos individuales (si es soltero) o de los ingresos familiares, como declaraciones de impuestos de años anteriores u otras constancias que requiera el hospital, como estados de cuenta de las cuentas de cheques y ahorros. En caso que el solicitante no haya presentado o no presente declaraciones de impuestos, será suficiente proporcionar copias de los comprobantes de pago de los últimos dos meses, junto con una declaración firmada que confirme que no se han presentado declaraciones de impuestos.
4. El porcentaje de descuento de una condonación parcial solo puede determinarse después que se hayan usado todas las fuentes de pago.
5. La solicitud debe hacerse por escrito.
6. Si se rechaza su solicitud para este programa, puede apelar la decisión escribiendo a:

**Director of Financial Services  
Saratoga Hospital  
211 Church Street  
Saratoga Springs, NY 12866**

*Las solicitudes de apelación deben hacerse por escrito y deben contener las razones específicas de su desacuerdo con la decisión.*

**Solicitud del Programa de asistencia financiera de Saratoga Hospital**

**Complete la solicitud y envíela a:  
Patient Financial Services  
PO Box 5178  
Saratoga Springs, NY 12866**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (apellido, primer nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (con código de área): \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ocupación del paciente o garante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o garante: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (incluya todos los nombres): \_\_\_\_\_

**Ingresos familiares**

**Salarios de la unidad familiar:**

Paciente: \_\_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Pensión: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

Compensación a los trabajadores: \_\_\_\_\_

Manutención de menores: \_\_\_\_\_

Valor de:

Acciones: \_\_\_\_\_

Bonos: \_\_\_\_\_

Certificados de depósito: \_\_\_\_\_

Cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_

Cuenta de cheques: \_\_\_\_\_

*Declaro que la información anterior es exacta y verdadera en la medida de mi conocimiento. Además, presentaré una solicitud para cualquier tipo de asistencia que esté disponible para el pago de los cargos del centro, si así se requiere, y tomaré todas las medidas razonablemente necesarias para obtener tal asistencia y cederé o pagaré al centro la cantidad recuperada por los cargos del centro. Si la información que he presentado fuera falsa, entiendo que el hospital podrá reevaluar mi estado financiero y tomar las medidas que considere apropiadas.*

---

*Firma del solicitante*

Proporcione lo siguiente:

1. Constancia de ingresos individuales (si es soltero) o familiares, si está casado. Debe presentar constancias de pago que demuestran sus ingresos del año a la fecha.
2. Declaración de impuestos del año anterior.
3. Estados de cuenta de cuentas de cheques y ahorros.
4. Estados de cuenta actuales de certificados de depósito, bonos y acciones.
5. Explique por qué la factura es una dificultad para usted:

---

---

---

---

Si necesita asistencia para presentar esta solicitud, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al 518-583-8343.

**Programa de asistencia financiera**

**Complete la solicitud y envíela a:**

Patient Financial Services  
PO Box 5178  
Saratoga Springs, NY 12866

**Si tiene alguna pregunta, llame al:**

518-583-8343

**Para revisar las directrices de nuestro programa, visite nuestro sitio web en:**

[www.saratogahospital.org](http://www.saratogahospital.org)