

Instrucciones para la solicitud de Asistencia Financiera

El Hospital for Special Surgery cuenta con un programa de Asistencia Financiera para pacientes que están preocupados acerca de su capacidad para pagar por su atención médica. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos, activos y necesidades de su familia. La Asistencia Financiera está disponible para personas con ingresos familiares que son menores a los que se muestran a continuación:

Tamaño de la familia	Ingreso anual familiar
1	Hasta \$84,420
2	Hasta \$113,680
3	Hasta \$142,940
4	Hasta \$172,200
5	Hasta \$201,460
6	Hasta \$230,720

La solicitud de la FAP también solicita la siguiente información que HSS puede utilizar para verificar los ingresos familiares del solicitante. No es necesario que los solicitantes proporcionen cada ítem a continuación si la información no está disponible:

- Comprobantes de pago del período de tres (3) meses más reciente disponibles
- Verificación de ingresos oral o escrita de agencias de asistencia pública
- Información de la elección y saldo de la Cuenta de Gastos Flexibles o Cuenta de Ahorro de Salud
- Formulario que aprueba o rechaza la compensación por desempleo
- Estados de cuenta bancarios o de inversiones
- Declaración de beneficios o determinación de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Autocertificación

Al diligenciar una solicitud de Asistencia Financiera, recuerde lo siguiente:

- Una solicitud de Asistencia Financiera puede hacerse en cualquier momento. Una persona puede hacer una solicitud antes, durante o después de recibir los servicios, incluyendo después del inicio de una acción por parte de una agencia de cobranzas contra la persona.
- Una solicitud puede ser diligenciada por una persona o por su tutor legal. Si tiene alguna pregunta respecto de cómo diligenciar la solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con el personal de la FAP al (212) 606-1505.
- La Asistencia Financiera cubre todos los servicios proporcionados por HSS y sus proveedores cubiertos. Puede encontrar más información en nuestro sitio web en: <https://www.hss.edu/financial-assistance.asp>
- Una vez que recibamos su solicitud diligenciada, puede ignorar cualquier factura/estado de cuenta hasta recibir una notificación por escrito respecto de su solicitud de asistencia financiera
- Los servicios cosméticos, experimentales y de conveniencia no pueden ser considerados médicamente necesarios según esta Política, y los costos de viaje relacionados no están cubiertos por la Asistencia Financiera.

Sírvase enviar por correo su solicitud diligenciada y la documentación requerida a:

Hospital for Special Surgery
Financial Assistance Department (ERP Plaza Level)
535 East 70th Street
New York, NY 10021

Nro. de HSS _____

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____
Calle Apartamento Nro. Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Estado civil: _____

Nro. del mejor contacto: _____ Nro. del contacto alternativo: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto: _____ Relación con el paciente: _____ Nro. de contacto: _____

Plan de seguro: _____ Póliza Nro.: _____ Nro. telefónico de la aseguradora: _____

Servicio clínico solicitado: _____

Enumere todas las personas que vivan en la casa y que dependan legalmente de usted para su manutención: (Según lo declarado como dependientes en su declaración de impuesto sobre la renta)

	Nombre completo	Edad	Relación			
			Cónyuge/Pareja	Padre/Madre	Hijo	Otro
1)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si cree que debe ser considerado para nuestro programa de Acceso Especial, explique a continuación:

Ingreso mensual bruto total:

Fuente de ingresos	Ingreso familiar		Fuente de ingresos	Ingreso familiar	
	3 Meses	12 Meses		3 Meses	12 Meses
Salarios	\$ _____	\$ _____	Dividendos, intereses, ingresos por rentas	\$ _____	\$ _____
Pagos del Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Compensación de desempleo	\$ _____	\$ _____

Saldos actuales de la cuenta de cheques/ahorros: \$ _____

Certifico que la información precedente está completa y es correcta. Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Hospital for Special Surgery y sujeta a revisión. Además, tomaré todas las medidas necesarias para solicitar cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de los cargos del hospital que sean aplicables. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al proveedor que corresponda el monto recibido para los cargos del hospital que sean aplicables. Comprendo que si cualquier información que haya proporcionado resulta estar incompleta o ser incorrecta, el hospital podrá reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que considere adecuada. Si mi capacidad de pago cambia significativamente con posterioridad a la fecha de esta solicitud, informaré al hospital.

 Firma Nombre en letra de imprenta

 Relación con el paciente Fecha