

# Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera de HSS West Side ASC

El HSS West Side ASC 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 \$105,420
2	Hasta \$143,080
3	Hasta \$180,740
4	Hasta \$218,400
5	Hasta \$256,060
6	Hasta \$293,720
7	Hasta \$331,380
8	Hasta \$369,040

La solicitud del FAP también solicita la siguiente información que HSS West Side ASC 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 nómina 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 Atención Médica
- 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)
- Auto certificación

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

- Tenga en cuenta que si actualmente está aprobado para recibir Asistencia Financiera de HSS, el HSS West Side ASC aplicará la misma determinación para los pacientes de HSS West Side ASC.
- 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 completada por una persona o por su tutor legal. Si tiene alguna pregunta respecto de cómo completar la solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con el personal del FAP de HSS West Side ASC al 212.606.1505.
- La Asistencia Financiera cubre todos los servicios proporcionados por HSS West Side ASC y sus proveedores cubiertos. Puede encontrar más información en nuestro sitio web en: <https://www.hss.edu/west-side-asc-financial-assistance.asp>.
- Una vez que recibamos su solicitud completa, 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.

Envíe por correo su solicitud completa y la documentación requerida a:

HSS West Side ASC  
 Financial Assistance Department  
 535 East 70th Street  
 New York, NY 10021

# Solicitud de Asistencia Financiera

HSS) #: \_\_\_\_\_

Nombre del  
paciente:

\_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección:

\_\_\_\_\_

Calle

Apartamento Nro.

Estado

Ciudad

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. de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_

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. Para Relación, elija una de las siguientes opciones: Cónyuge/Pareja, Padre/Madre, Hijo/a u Otro. En el caso de "Otro", complete el tipo de relación).

- 1 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- 2 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- 3 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- 4 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Busca atención que no está disponible de manera razonable más cerca de su lugar de residencia? \_\_\_\_\_

¿Busca atención altamente especializada que no está disponible de manera razonable en otros hospitales? \_\_\_\_\_

Ingreso bruto total:

Fuente de ingresos

Ingreso familiar 3 meses

Ingreso familiar 12 meses

Salarios

Pagos del Seguro Social

Dividendos, intereses, ingresos por rentas

Compensación por 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. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al proveedor correspondiente el monto recibido para los cargos del hospital. 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: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: enero de 2024