



**Stony Brook
Medicine**

31 Research Way
East Setauket, NY 11733-9113
631-444-4331

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda financiera. Complete esta solicitud y envíela por correo o tráigala a la Oficina de Administración de Stony Brook Medicine con la documentación solicitada. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa. Gracias.

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Nombres y fechas de nacimiento de los familiares que presentan la solicitud:

Nº. de teléfono particular: _____ Nº. de teléfono celular: _____

Información del seguro (si se encuentra disponible)

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Nº. de identificación y copia de la tarjeta: _____

Por la presente solicito a Stony Brook Medicine, State University of New York at Stony Brook, que me considere para el Programa de Asistencia Financiera.

Certifico que la información que contiene esta solicitud es verdadera y correcta y que la documentación presentada para apoyar esta solicitud, en lo que respecta a ingresos y cantidad de dependientes, es verdadera y correcta.

Firma del Paciente o la Parte responsable _____ Fecha _____

***Marque el casillero [] si le interesaría recibir información acerca de lo siguiente:

[] Child Health Plus

[] Healthfirst

[] Family Health Plus



Estimado paciente:

Le informamos que para procesar su solicitud de asistencia financiera, necesitamos los siguientes documentos. *(RETENDREMOS LOS DOCUMENTOS PARA NUESTROS ARCHIVOS. SOLO ENVÍE COPIAS Y ASEGÚRESE DE QUE ESTÉN FIRMADAS).*

- Su declaración de impuestos sobre la renta Federal más reciente (opcional)
- Formulario(s) W2 actual(es)
- Formulario 1099 o declaración de Desempleo actual, si corresponde
- Carta de beneficios de Seguro Social, si corresponde
- Pensión, si corresponde
- Indemnización laboral, si corresponde
- Manutención de hijos, si corresponde
- Copias de tres comprobantes de pago consecutivos o carta del empleador en la que se declaren el salario y la antigüedad en el empleo, en caso de que el solicitante esté trabajando actualmente
- Carta de apoyo en la que muestre el valor monetario de la persona que afirma proporcionar tal apoyo
- Lista de dependientes

Atentamente,

Representante de Asistencia
Financiera (631) 444-4331

ENVÍE SU SOLICITUD A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. UNA VEZ QUE LA RECIBAMOS, RECIBIRÁ UNA RESPUESTA POR ESCRITO EN APROXIMADAMENTE 30 DÍAS HÁBILES

**OFRECEMOS OPCIONES DE PAGO
A LOS PACIENTES**

Opciones de pago

El Hospital de la Universidad de Stony Brook reconoce que hay ocasiones en las que los pacientes necesitan atención médica pero tienen dificultades para pagar los servicios prestados. El programa de asistencia financiera del hospital proporciona descuentos a determinados individuos, según sus ingresos.

P ¿Quiénes califican para recibir un descuento?

R La asistencia financiera está disponible para pacientes que tienen ingresos limitados, no tienen seguro de salud o tienen un seguro de salud insuficiente. Si usted necesita asistencia financiera, no se le pueden negar los cuidados de salud necesarios desde el punto de vista médico. Usted tiene derecho a solicitar un descuento independientemente de su condición migratoria.

Todas las personas del Estado de Nueva York que necesitan servicios de emergencia y servicios que no sean de emergencia pero sean médicamente necesarios en el Hospital de la Universidad de Stony Brook pueden recibir los cuidados requeridos y pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con los límites de ingresos establecidos por las reglamentaciones federales que se indican más abajo.

Tamaño de la familia	Ingresos anuales 2017
1	\$48,240
2	\$64,960
3	\$81,680
4	\$98,400
5	\$115,120
6	\$131,840
7	\$148,560
8	\$165,280

P ¿Qué sucede si no soy elegible según los límites de ingresos que establecen las reglamentaciones?

R El Hospital de la Universidad de Stony Brook les ofrece un plan de pago a los pacientes que no pueden pagar su factura y cuyos ingresos se encuentran dentro de los límites establecidos. El monto que usted paga depende de sus ingresos. También ofrecemos extensiones en los planes de pago a los pacientes cuyos ingresos exceden los límites establecidos.

P ¿Hay alguien que me pueda explicar cómo se aplica el descuento? ¿Y alguien que pueda ayudarme a presentar la solicitud de descuento?

R Sí. Contamos con servicios de ayuda gratuita y confidencial. Comuníquese con nuestra Unidad de Ayuda Financiera llamando al (631) 444-4331. Si usted no habla inglés, se le brindará asistencia en su propio idioma. El asesor financiero puede decirle si usted cumple los requisitos para obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus.

Si el asesor determina que usted no cumple los requisitos para acceder a un seguro de salud de bajo costo, le ayudará a solicitar un descuento. El asesor le ayudará a completar los formularios correspondientes y le dirá qué documentos debe presentar.

P ¿Qué debo hacer para solicitar un descuento?

R Puede descargar una solicitud de asistencia financiera de la página stonybrookmedicine.edu/billinginformation. También puede retirar una solicitud en la caja del Departamento de Emergencias, en la caja principal del Nivel 5 del Hospital o en la Oficina de Cuentas del Paciente en 31 Research Way, East Setauket.

También se le puede enviar una solicitud de asistencia financiera si lo solicita llamando a nuestra Unidad de Ayuda Financiera al (631) 444-4331. Deberá presentar copias de todos los documentos requeridos. Si no puede presentar la documentación, es posible que sea elegible de todos modos para solicitar asistencia financiera.

P ¿Qué servicios se cubren?

R El descuento es aplicable a todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico prestados por el Hospital de la Universidad de Stony Brook. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones de pacientes hospitalizados.

Es posible que no se cubran los cargos de médicos privados que prestan servicios en el hospital. Hable con sus médicos privados para consultarles si ofrecen algún descuento o plan de pago.

P ¿Cuánto debo pagar?

R El monto que debe pagar por servicios ambulatorios o atención de emergencia puede ser de \$0 en adelante para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de los ingresos. El monto por servicios ambulatorios o atención

en la sala de emergencias será de \$15 en adelante para adultos, dependiendo de los ingresos. Un asesor financiero le informará los detalles sobre el descuento específico que se le aplicará una vez que se haya procesado su solicitud. Si se requiere un depósito para ciertos procedimientos electivos, el monto de dicho depósito se reducirá según su condición de asistencia financiera.

P ¿Cómo obtengo el descuento?

R Debe completar el formulario de solicitud. Una vez que obtenemos un comprobante de sus ingresos, podemos procesar su solicitud en función de su nivel de ingresos.

Puede solicitar un descuento antes de una cita, cuando visite el hospital para recibir atención médica o cuando reciba la factura por correo. Envíe el formulario completo a Stony Brook University Hospital, P.O. Box 1546, Stony Brook, NY 11790-9113. Puede presentar la solicitud hasta 90 días después de la prestación de servicios.

P ¿Cómo sabré si se ha aprobado mi solicitud de descuento?

R Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted completó y presentó la documentación, el Hospital de la Universidad de Stony Brook le enviará una carta para informarle si se ha aprobado o denegado su solicitud y, en caso de aprobación, cuál es el nivel de descuento que se le ha otorgado.

P ¿Qué sucede si recibo una factura mientras estoy esperando que se me informe si fue aprobada mi solicitud de descuento?

R Usted no puede ser obligado a pagar una factura de servicios hospitalarios mientras está esperando respuesta a una solicitud de descuento.

Si se deniega su solicitud, el hospital le debe explicar la razón por escrito y le debe ofrecer una forma de apelar la decisión ante una instancia superior dentro del hospital.

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

R Puede comunicarse con la línea gratuita de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health Complaint Hotline) llamando al (800) 804-5447.