

Resumen de Asistencia Financiera

Montefiore Medical Center reconoce que, en ocasiones, los pacientes que necesitan atención médica pueden tener dificultades para pagar los servicios recibidos. La Asistencia Financiera ofrece descuentos a personas que califican según sus ingresos y el tamaño de su familia. Además, podemos ayudarle a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo si reúne los requisitos.

Simplemente llame o visite a un Consejero Financiero en las ubicaciones que aparecen en la Página 2, o envíe un correo electrónico a **financialaid@montefiore.org** para recibir asistencia gratuita y confidencial.

Puede encontrar más información sobre la política de asistencia financiera en:

<http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>

También puede solicitar una solicitud por correo sin costo alguno.

¿Quién califica para un descuento?

La Asistencia Financiera está disponible para pacientes sin seguro médico o con cobertura médica limitada que residan en el área principal de servicio del centro médico (Estado de Nueva York).

Montefiore Medical Center también ofrece planes de pago a pacientes que tienen seguro médico, pero cuyos gastos de su propio bolsillo son inasequibles o representan una dificultad económica.

Toda persona en el Estado de Nueva York que necesite servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios puede recibir atención y obtener un descuento.

No se le puede negar atención de emergencia ni atención médicamente necesaria por necesitar asistencia financiera.

Puede solicitar un descuento independientemente de su estatus migratorio.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía según sus ingresos y el tamaño de su familia. Si no tiene seguro médico o tiene cobertura limitada, estos son los límites de ingresos:

2026 – Nivel Federal de Pobreza (FPL)

1	\$31,920	\$47,880	\$63,840	\$79,800	
2	\$43,280	\$64,920	\$86,560	\$108,200	
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280	\$136,600	
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000	\$165,000	
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720	\$193,400	
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440	\$221,800	
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160	\$250,200	
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880	\$278,600	
Por cada persona adicional, agregue:	\$11,360	\$17,400	\$22,720	\$28,400	
* Basado en las Guías Federales de Pobreza 2026*					

Si el ingreso familiar es menor o igual al 200% del FPL, puede calificar para atención hospitalaria o en clínicas hospitalarias gratuita.

Si el ingreso familiar está entre el 201% y el 500% del FPL, puede calificar para asistencia financiera parcial.

Si es elegible, no se le cobrará más de lo que generalmente se factura a personas con seguro por la atención recibida.

¿Qué pasa si no cumpla con los límites de ingresos?

Si no puede pagar su factura, Montefiore Medical Center cuenta con una categoría de asistencia financiera para todas las personas que solicitan. El porcentaje del descuento depende de su ingreso anual y el tamaño de su familia.

También ofrecemos planes de pago extendidos, y el pago mensual no excederá el 5% de su ingreso mensual.

Hay descuentos para pacientes que pagan por su cuenta (“self-pay”) con ingresos superiores al 500% del nivel federal de pobreza.

Estos descuentos también están disponibles para servicios no médicamente necesarios.

¿Alguien puede explicarme el descuento? ¿Pueden ayudarme a solicitarlo?

Sí. Hay ayuda gratuita y confidencial disponible.

Si no habla inglés, alguien le ayudará en su propio idioma.

Las solicitudes, los resúmenes y la política completa están disponibles en varios idiomas sin costo alguno.

El Consejero Financiero puede decirle si califica para un seguro gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus o un Plan de Salud Calificado (durante el período de inscripción abierta).

Si el Consejero determina que no califica para un seguro de bajo costo, le ayudará a solicitar un descuento.

El Consejero le ayudará a completar todos los formularios y le indicará qué documentos debe traer.

Para obtener más información o asistencia, visite una de las siguientes ubicaciones o consulte:

<http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>

Ubicaciones:

- 111 East 210th Street (Sala RS-001) – 718-920-5658 (Campus Moses)
- 600 East 233rd Street (Registro Central) – 718-920-9660 (Campus Wakefield)
- 1825 Eastchester Road (Oficina de Admisión) – 718-904-3551 (Campus Weiler)
- 2475 St. Raymond Avenue (Registro Ambulatorio) – 718-430-7339 (Campus Westchester Square)

¿Qué necesito para solicitar un descuento?

Pruebas aceptables de ingresos:

- Comprobante de desempleo
- Carta de adjudicación de Seguro Social o pensión
- Talones de pago / carta de verificación de empleo
- Carta de apoyo
- Carta de auto certificación (en circunstancias apropiadas)
- Declaración de impuestos o formulario W-2

Todos los servicios médicamente necesarios proporcionados por Montefiore Medical Center están cubiertos por el descuento. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones hospitalarias de emergencia.

Los cargos de médicos privados que brindan servicios en el hospital pueden no estar cubiertos. Debe hablar con esos médicos para ver si ofrecen descuentos o planes de pago.

Para obtener una lista de proveedores y saber si participan en el Programa de Asistencia Financiera del Centro Médico, visite <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> o comuníquese con la Oficina de Asistencia Financiera; pueden proporcionarle la información en persona o por correo a **financialaid@montefiore.org**.

¿Cuánto tengo que pagar?

El monto para servicios ambulatorios o la sala de emergencias comienza desde \$0 para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de sus ingresos.

Para adultos, el monto también puede comenzar desde \$0, según los ingresos.

El Consejero Financiero le dará los detalles sobre su(s) descuento(s) específico(s) una vez que se procese su solicitud.

No se les cobrará a los pacientes más de los montos que generalmente se facturan por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

¿Cómo obtengo el descuento?

Debe completar el formulario de solicitud.

Tan pronto como tengamos prueba de sus ingresos, podremos procesar su solicitud de descuento según su nivel de ingresos.

Tendrá 30 días para completar la solicitud.

Puede solicitar un descuento antes de su cita, cuando venga al hospital para recibir atención o cuando reciba la factura por correo.

Envíe el formulario completo a: **finacialaid@montefiore.org**

Una vez que haya presentado una solicitud completa con la documentación requerida, puede ignorar cualquier factura hasta que el hospital tome una decisión sobre su solicitud.

¿Cómo sabré si fui aprobado para el descuento?

Montefiore Medical Center le enviará una carta dentro de los 30 días posteriores a la finalización y presentación de la documentación, informándole si fue aprobado y el nivel de descuento otorgado.

¿Qué pasa si recibo una factura mientras espero la decisión?

No se le puede exigir el pago de una factura hospitalaria mientras su solicitud de descuento esté en proceso. Si su solicitud es rechazada, el hospital debe informarle por escrito la razón y brindarle una manera de apelar la decisión a un nivel superior dentro del hospital.

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

Puede llamar a la línea de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-804-5447**.

Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera Hospitalaria del Estado de Nueva York (NYS)

Usted puede ser elegible para asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha agotado, o si tiene seguro médico pero cuenta con comprobantes de gastos médicos pagados que totalizan más del 10% de sus ingresos.

Completar este formulario iniciará su solicitud de asistencia financiera hospitalaria.
Este formulario es utilizado por todos los hospitales del Estado de Nueva York.

Esta solicitud debe imprimirse en los idiomas principales hablados por los pacientes atendidos por el hospital.

Información del Paciente

Nombre del paciente (Nombre, Segundo nombre, Apellido)
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección | Apartamento/Unidad
Ciudad | Estado | Código postal
Teléfono de contacto
Nombre del padre/madre, tutor o representante legal (si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado)
Correo electrónico (si corresponde)

Información Familiar

Por favor, enumere a todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Su hogar incluye a usted, su cónyuge o pareja doméstica, y cualquier hijo u otro dependiente.
Por ejemplo, incluye a todas las personas que figuran en la misma declaración de impuestos.

El ingreso bruto significa el ingreso antes de deducciones de impuestos.

El ingreso bruto puede incluir ingresos por trabajo (salarios, propinas, ingresos por trabajo independiente), ingresos no devengados (Seguro Social, discapacidad y desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes (asistencia temporal e ingreso suplementario de seguridad).

Nombre completo Relación Ingreso bruto total (actual)
Yo

El hospital puede solicitar documentación como prueba de ingresos, por ejemplo, un talón de pago, una carta del empleador o el Formulario 1040.

Estado del Seguro Médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo Medicaid, Medicare o seguro privado?

☐ Sí ☐ No

Si respondió “No”, ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

☐ Sí ☐ No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados.

Si tiene seguro, proporcione una estimación de las facturas médicas pagadas en los últimos 12 meses.

El hospital puede solicitar documentación como prueba de gastos médicos pagados.

Declaración

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 (por ejemplo, cónyuge, padre/madre, representante legal).

Entiendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación con fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Firma

Fecha

Solicitud uniforme de asistencia financiera hospitalaria del estado de Nueva York

Puede tener derecho a la asistencia financiera hospitalaria para pagar sus facturas si no tiene seguro, si su seguro se ha agotado o si tiene seguro médico pero tiene comprobantes de gastos médicos pagados por un total superior al 10 % de sus ingresos. Rellene este formulario para iniciar su solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Este formulario lo utilizan todos los hospitales del estado de Nueva York.

Esta solicitud se debe imprimir en el idioma principal¹ hablado por los pacientes que atiende el hospital.

Nombre del paciente (complete la información que corresponda)

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección	Apartamento/Unidad N.º	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono de contacto		
Nombre del padre/madre/tutor o representante legal (si el paciente es un menor o un adulto incapaz)		
Dirección de correo electrónico (si la hubiera)		

Información de la familia:

Enumere a continuación todos los miembros de su unidad familiar. Su unidad familiar incluye a usted mismo, su cónyuge o pareja de hecho y todos los hijos u otras personas a su cargo. Por ejemplo, esto incluiría a todos los que figuran en la misma declaración de impuestos.

Por ingresos brutos se entienden sus ingresos **antes** de deducir los impuestos.

Los ingresos brutos pueden consistir en ganancias del trabajo (sueldos, salarios, propinas, ganancias del trabajo por cuenta propia), ingresos no salariales (seguridad social, discapacidad y beneficios por desempleo), contribuciones (fondos de familiares o amigos) y otras fuentes de ingresos (asistencia temporal e ingresos suplementarios de seguridad).

Nombre completo	Relación	Ingresos brutos totales (actuales)
	Usted	

¹ "Idioma principal" incluye cualquier idioma que se utilice para comunicarse en al menos el 5 % de las visitas como paciente al año o cualquier idioma hablado por más del 1 % de la población del área de servicio principal del hospital, según los cálculos realizados utilizando la información demográfica disponible en la Oficina del Censo de Estados Unidos, complementada con datos de los sistemas escolares.

El hospital puede solicitarle que presente documentación como prueba de sus ingresos; algunos ejemplos de documentación pueden ser un recibo de sueldo, una carta de su empleador, si corresponde, o el formulario 1040.

Estado del seguro médico

¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluido Medicaid, Medicare o un seguro privado a través de su empleador o adquirido por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si ha respondido "No", ¿desea recibir ayuda para solicitar alguno de estos programas?

☐ Sí ☐ No

Pacientes con seguro insuficiente: personas con seguro y gastos médicos elevados. Si tiene seguro, proporcione un cálculo estimado de las facturas médicas que ha pagado en los últimos 12 meses.

\$

El hospital puede pedirle que presente documentación como prueba de los gastos médicos pagados.

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 (por ejemplo, cónyuge, padre, madre, representante legal).

Entiendo que la información que presento puede estar sujeta a verificación a cargo de fuentes externas. Certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta	Fecha
Relación con el paciente	
Firma	