

Sommario dell'assistenza finanziaria

Il Montefiore Medical Center riconosce che ci sono momenti in cui i pazienti bisognosi di cure avranno difficoltà a pagare i servizi forniti. L'aiuto finanziario offre sconti alle persone idonee in base al reddito e alla dimensione della famiglia. Inoltre, possiamo aiutarti a richiedere un'assicurazione gratuita o a basso costo se hai diritto. Basta contattare un Rappresentante per Aiuti Finanziari al 914-361-6899, andare al 12 North^{7th} Avenue Mt. Vernon, NY 10550, oppure inviare MVFinancialAssistance@montefiore.org email per assistenza gratuita e confidenziale. Ulteriori informazioni sulla polizza di assistenza finanziaria sono disponibili su <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. Puoi anche ricevere una domanda gratuitamente per posta.

Chi ha diritto a uno sconto?

L'assistenza finanziaria è disponibile per i pazienti senza assicurazione sanitaria o con copertura sanitaria limitata che risiedono nell'area di servizio principale del centro medico (Stato di New York).

Il Montefiore Medical Center offre anche accordi di pagamento ai pazienti che hanno copertura assicurativa ma hanno una spesa a carico che non possono permettersi o considerano un problema.

Chiunque nello Stato di New York abbia bisogno di servizi di emergenza o necessari dal punto di vista medico può ricevere cure e ottenere uno sconto.

Non puoi essere negata l'assistenza d'emergenza o necessaria dal punto di vista medico solo perché hai bisogno di assistenza finanziaria. Puoi richiedere uno sconto indipendentemente dallo status di immigrazione.

Quali sono i limiti di reddito?

L'importo dello sconto varia in base al tuo reddito e alla dimensione della tua famiglia. Se non hai un'assicurazione sanitaria o un'assicurazione sanitaria limitata, questi sono i limiti di reddito:

Allegazione A: Livello di povertà federale e tassi di aiuti finanziari

2026					
Livello di povertà federale	1	2	3	4	5
Dimensione della famiglia	SOTTO IL 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	oltre il 500%
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	
Per ogni persona aggiuntiva aggiungere.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Basato sulle Linee Guida Federali per la Povertà del 2026					

E se non raggio i limiti di reddito?

Se non riesci a pagare la bolletta, il Montefiore Medical Center offre una categoria di assistenza finanziaria per tutti coloro che fanno domanda. La percentuale dello sconto dipende dal tuo reddito annuo e dalla dimensione della famiglia. Offriamo anche piani di pagamento estesi e la rata mensile non supererà il dieci per cento del tuo reddito mensile. È disponibile uno sconto per cortesia per i pazienti al di sopra del 500% della soglia federale di povertà. Sono disponibili anche sconti per pagamento diretto per servizi non necessari dal punto di vista medico.

Qualcuno può spiegare lo sconto? Qualcuno può aiutarmi a fare domanda?

Sì, è disponibile aiuto gratuito e riservato. Chiama l'assistenza finanziaria al 914-361-6899.

Se non parli inglese, qualcuno ti aiuterà nella tua lingua. Applicazioni, riepiloghi e la politica completa sono disponibili in più lingue senza alcun costo.

Il Rappresentante per l'Aiuto Finanziario può dirti se hai diritto a un'assicurazione gratuita o a basso costo, come Medicaid, Child Health Plus o un Piano Sanitario Qualificato (durante l'iscrizione aperta).

Se il Rappresentante dell'Aiuto Finanziario scopre che non hai diritto a un'assicurazione a basso costo, ti aiuterà a richiedere uno sconto.

Il rappresentante ti aiuterà a compilare tutti i moduli e ti dirà quali documenti devi portare.

Si prega di visitare la sede qui sotto o <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> per ulteriori informazioni o assistenza.

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 o invia la tua richiesta via email a MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Cosa devo fare per richiedere uno sconto?

Prova di reddito accettabile:

- Dichiarazione di disoccupazione
- Lettera di assegnazione della Previdenza Sociale/Pensione
- Buste paga/Lettera di verifica dell'impiego
- Lettera di sostegno
- Lettera di auto-attestazione (nelle circostanze appropriate)
- Dichiarazione dei redditi o W2

Tutti i servizi medici necessari forniti dal Montefiore Medical Center sono coperti dallo sconto. Questo include servizi ambulatoriali, cure d'emergenza e ricoveri d'emergenza per pazienti ricoverati.

I costi da parte dei *medici privati* che forniscono servizi in ospedale potrebbero non essere coperti. Dovresti parlare con medici privati per vedere se offrono uno sconto o un piano di pagamento. Per un elenco dei fornitori e per la loro partecipazione al Programma di Aiuti Finanziari del Centro Medico, visita il nostro sito internet all'indirizzo <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o contatta l'ufficio Aiuti Finanziari, che può essere fornito di persona o per posta.

Quanto devo pagare?

L'importo per un servizio ambulatoriale o il pronto soccorso parte da 0 dollaro per bambini e donne in gravidanza, a seconda del reddito. L'importo per il servizio ambulatoriale o il pronto soccorso inizia da 15 dollari per gli adulti, a seconda del reddito.

Un Rappresentante per l'Aiuto Finanziario ti fornirà i dettagli sugli sconti specifici una volta elaborata la tua domanda.

I pazienti non saranno addebitati più di quanto generalmente addebitati per le cure di emergenza o altre cure medicamente necessarie.

Come posso ottenere uno sconto?

Devi compilare il modulo di domanda. Non appena avremo la prova del tuo reddito, potremo elaborare la tua richiesta di sconto in base al tuo livello di reddito. Avrai 30 giorni per completare la domanda.

Puoi richiedere uno sconto prima di prendere un appuntamento, quando vieni in ospedale per ricevere cure o quando arriva la bolletta per posta.

Invia il modulo compilato a Montefiore Mount Vernon 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 / Ufficio Aiuti Finanziari/Cassieri Principali.

Una volta inviata la domanda completa e la documentazione, puoi ignorare eventuali fatture finché l'ospedale non avrà preso una decisione sulla tua domanda.

Come faccio a sapere se sono stato approvato per lo sconto?

Il Montefiore Medical Center ti invierà una lettera entro 30 giorni dal completamento e dalla presentazione della documentazione, informandoti se sei stato approvato e il livello dello sconto ricevuto.

E se ricevo una fattura mentre aspetto di sapere se posso ottenere uno sconto?

Non puoi essere obbligato a pagare una bolletta ospedaliera mentre la tua domanda di sconto è in fase di valutazione. Se la tua domanda viene respinta, l'ospedale deve spiegarti per iscritto il motivo e fornirti un modo per fare ricorso a un livello superiore all'interno dell'ospedale.

E se avessi un problema che non posso risolvere con l'ospedale?

Puoi chiamare la linea telefonica per i reclami del Dipartimento della Salute dello Stato di New York al numero 1-800-804-5447.

Montefiore

Domanda di Assistenza Finanziaria per l'Ospedale Uniforme dello Stato di New York

Potresti avere diritto all'assistenza finanziaria ospedaliera per pagare le tue bollette se non sei assicurato, se la tua assicurazione è esaurita, o se hai un'assicurazione sanitaria ma hai la prova delle spese mediche pagate per un totale superiore al 10% del tuo reddito. Compilare questo modulo avvierà la tua richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera. Questo modulo è utilizzato da tutti gli ospedali dello Stato di New York.

Questa domanda deve essere stampata nella lingua principale¹ parlata dai pazienti assistiti dall'ospedale.

Nome del paziente (informazioni complete e applicabili)

Nome del paziente (nome, secondo, cognome)		
Data di nascita (mm/dd/aaaa)		
Indirizzo		Appartamento/Unità #
Città	Stato	Zip
Telefono di contatto #		
Nome del Genitore/Tutore o Rappresentante Legale (se il paziente è un minore o un adulto incapace)		
Indirizzo email (se presente)		

Informazioni sulla famiglia:

Di seguito elenca tutti i membri della tua famiglia. Il nucleo familiare include te, il tuo coniuge o partner domestico, e eventuali figli o altri dipendenti. Ad esempio, questo includerebbe tutti coloro che sono elencati nella stessa dichiarazione dei redditi.

Il reddito lordo significa il tuo reddito **prima** che vengano detratti le tasse.

Il reddito lordo può consistere in guadagni da lavoro (salari, stipendi, mance, redditi da lavoro autonomo), reddito non guadagnato (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi da familiari o amici) e altre fonti di reddito (assistenza temporanea e reddito supplementare).

Nome completo	Relazione	Reddito lordo totale (attuale)
	Sé	

¹ "Lingue primarie" include qualsiasi lingua utilizzata per comunicare in almeno il 5% delle visite dei pazienti all'anno, o qualsiasi lingua parlata da più dell'1% della popolazione dell'area di servizio ospedaliero primario, come calcolato utilizzando le informazioni demografiche disponibili dall'Ufficio del Censimento degli Stati Uniti, integrate dai dati dei sistemi scolastici.

L'ospedale può richiedere di presentare documentazione come prova del reddito; esempi di documentazione possono includere una busta paga, una lettera del tuo datore di lavoro se applicabile, o il Modulo 1040.

Stato dell'assicurazione sanitaria

Hai qualche forma di assicurazione sanitaria, inclusa Medicaid, Medicare o assicurazione privata tramite il tuo datore di lavoro o acquistata autonomamente? Sì No

Se rispondessi "No", vorresti assistenza per candidarti a uno di questi programmi?

Sì No

Pazienti sottoassicurati: persone con assicurazione e spese mediche elevate. Se hai un'assicurazione, ti preghiamo di fornire una stima delle spese mediche che hai pagato negli ultimi 12 mesi.

\$

L'ospedale potrebbe chiederti di presentare documentazione come prova delle spese mediche pagate.

Paziente/Parte Responsabile: Se non è il paziente, indica il nome della persona che firma il modulo e la sua autorità a firmare per conto del paziente (ad esempio, coniuge, genitore, rappresentante legale).

Capisco che le informazioni che invio possano essere soggette a verifica da fonti esterne. Certifico che le informazioni sono vere e complete al meglio delle mie conoscenze.

Nome della stampa	Data
Rapporto con il paziente	
Firma	