

Resumo da Assistência Financeira

O Montefiore Medical Center reconhece que há momentos em que pacientes que precisam de cuidados terão dificuldade em pagar pelos serviços prestados. A Ajuda Financeira oferece descontos para indivíduos qualificados com base na renda e no tamanho da família. Além disso, podemos ajudar você a solicitar um seguro gratuito ou de baixo custo, caso você se qualifique. Basta entrar em contato com um Representante de Auxílio Financeiro pelo telefone 914-361-6899, ir até 12 North^{7th} Avenue Mt. Vernon, NY 10550, ou envie um e-mail MVFinancialAssistance@montefiore.org para assistência gratuita e confidencial. Mais informações sobre a apólice de assistência financeira podem ser encontradas em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. Você também pode receber uma inscrição gratuitamente pelo correio.

Quem se qualifica para um desconto?

Assistência financeira está disponível para pacientes sem seguro de saúde ou com cobertura limitada que residem na área principal de serviço do centro médico (Estado de Nova York).

O Montefiore Medical Center também oferece acordos de pagamento para pacientes que têm cobertura de seguro, mas têm despesas do próprio bolso que não podem arcar ou consideram uma dificuldade.

Todos no Estado de Nova York que precisam de serviços de emergência ou de necessidade médica podem receber atendimento e obter desconto.

Você não pode ser negado atendimento emergencial ou medicamento necessário porque precisa de assistência financeira. Você pode solicitar um desconto independentemente do status migratório.

Quais são os limites de renda?

O valor do desconto varia de acordo com sua renda e o tamanho da sua família. Se você não tem plano de saúde ou tem seguro de saúde limitado, estes são os limites de renda:

Anexo A: Nível Federal de Pobreza e Taxas de Auxílio Financeiro

2026					
Nível Federal de Pobreza	1	2	3	4	5
Tamanho da Família	ABAIXO DE 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	mais de 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	
Para cada pessoa adicional, adicione.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Com base nas Diretrizes Federais de Pobreza de 2026					

E se eu não atingir os limites de renda?

Se você não conseguir pagar sua conta, o Montefiore Medical Center possui uma categoria de assistência financeira para todos que se candidatam. A porcentagem do desconto depende da sua renda anual e do tamanho da família. Também oferecemos planos de pagamento estendidos e o pagamento mensal não ultrapassará dez por cento da sua renda mensal. Um desconto por cortesia está disponível para pacientes acima de 500% da linha federal de pobreza. Descontos por pagamento próprio também estão disponíveis para serviços não necessários para o uso médico.

Alguém pode explicar o desconto? Alguém pode me ajudar a me candidatar?

Sim, ajuda gratuita e confidencial está disponível. Ligue para a Assistência Financeira no 914-361-6899.

Se você não falar inglês, alguém vai te ajudar no seu próprio idioma. Solicitações, resumos e a política completa também estão disponíveis em vários idiomas sem custo.

O Representante de Auxílio Financeiro pode informar se você se qualifica para um seguro gratuito ou de baixo custo, como Medicaid, Child Health Plus ou um Plano de Saúde Qualificado (durante o período de inscrição aberta).

Se o Representante de Auxílio Financeiro descobrir que você não se qualifica para um seguro de baixo custo, ele ajudará você a solicitar um desconto.

O Representante vai te ajudar a preencher todos os formulários e dizer quais documentos você precisa levar.

Por favor, visite o local abaixo ou <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> para informações adicionais ou assistência.

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 ou envie seu pedido por e-mail para MVFinancialAssistance@montefiore.org.

O que eu preciso para solicitar um desconto?

Prova aceitável de renda:

- Declaração de desemprego
- Carta de Concessão de Previdência Social/Pensão
- Contracheques/Carta de verificação de emprego
- Carta de apoio
- Carta de autoatestação (em circunstâncias apropriadas)
- Declaração de Imposto ou W2

Todos os serviços médicos necessários fornecidos pelo Montefiore Medical Center são cobertos pelo desconto. Isso inclui serviços ambulatoriais, atendimento de emergência e internação de emergência.

Cobranças feitas por *médicos* particulares que prestam serviços no hospital podem não ser cobertas. Você deve conversar com médicos particulares para ver se oferecem desconto ou plano de pagamento. Para uma lista de profissionais e se participam ou não do Programa de Auxílio Financeiro do Centro Médico, visite nosso site em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ou entre em contato com o escritório de Auxílio Financeiro, que poderá ser fornecido pessoalmente ou pelo correio.

Quanto eu tenho que pagar?

O valor para um serviço ambulatorial ou para o pronto-socorro começa de \$0 para crianças e gestantes, dependendo da sua renda. O valor para atendimento ambulatorial ou pronto-socorro começa a partir de \$15 para adultos, dependendo da sua renda.

Um Representante de Auxílio Financeiro fornecerá detalhes sobre seu(s) desconto(s) específico(s) assim que sua solicitação for processada.

Os pacientes não serão cobrados acima dos valores geralmente cobrados por atendimento de emergência ou outros cuidados médicos necessários.

Como faço para conseguir um desconto?

Você precisa preencher o formulário de inscrição. Assim que tivermos comprovante da sua renda, podemos processar sua solicitação de desconto de acordo com seu nível de renda. Você terá 30 dias para preencher a solicitação.

Você pode solicitar um desconto antes de marcar uma consulta, quando for ao hospital para receber atendimento ou quando a conta chegar pelo correio.

Envie o formulário preenchido para Montefiore Mount Vernon, 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 / Escritório de Auxílio Financeiro/Caixas Principais.

Depois de enviar a solicitação completa e a documentação, você pode desconsiderar quaisquer contas até que o hospital tome uma decisão sobre sua solicitação.

Como vou saber se fui aprovado para o desconto?

O Montefiore Medical Center enviará uma carta em até 30 dias após a conclusão e entrega da documentação, informando se você foi aprovado e o nível do desconto recebido.

E se eu receber uma conta enquanto espero saber se posso conseguir um desconto?

Você não pode ser obrigado a pagar uma conta hospitalar enquanto sua solicitação de desconto está sendo analisada. Se sua solicitação for rejeitada, o hospital deve informar por escrito o motivo e fornecer uma forma de recorrer dessa decisão para um nível superior dentro do hospital.

E se eu tiver um problema que não consigo resolver no hospital?

Você pode ligar para a linha direta de reclamações do Departamento de Saúde do Estado de Nova York pelo telefone 1-800-804-5447.

Montefiore

Solicitação de Assistência Financeira do Hospital Uniforme de NYS

Você pode ser elegível para assistência financeira hospitalar para pagar suas contas se estiver sem seguro, se seu seguro estiver esgotado ou se tiver seguro de saúde, mas tiver comprovante de despesas médicas pagas totalizando mais de 10% da sua renda. Preencher este formulário iniciará seu pedido de assistência financeira hospitalar. Este formulário é utilizado por todos os hospitais do Estado de Nova York.

Esta aplicação deve ser impressa nos principais 1 idiomas falados pelos pacientes atendidos pelo hospital.

Nome do Paciente (informações completas e aplicáveis)

Nome do Paciente (Nome, Meio, Sobrepenso)		
Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço	Apartamento/Unidade #	
Cidade	Estado	Zip
Telefone de contato #		
Nome do Pai/Responsável ou Representante Legal (se o paciente for menor de idade ou adulto incapacitado)		
Endereço de e-mail (se houver)		

Informações sobre a Família:

Por favor, liste abaixo todos os membros da família em sua casa. Sua família inclui você, seu cônjuge ou parceiro doméstico, e quaisquer filhos ou outros dependentes. Por exemplo, isso incluiria todos listados na mesma declaração de imposto.

Renda bruta significa sua **renda antes de** os impostos serem deduzidos.

A renda bruta pode consistir em rendimentos de trabalho (salários, ordenados, gorjetas, rendimentos de trabalho autônomo), renda não devolvida (benefícios de seguridade social, invalidez e desemprego), contribuições (fundos de familiares ou amigos) e outras fontes de renda (assistência temporária e renda suplementar de segurança).

Nome completo	Relacionamento	Renda Bruta Total (Atual)
	Eu	

¹ "Línguas primárias" inclui qualquer idioma usado para se comunicar em pelo menos 5% das visitas de pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população da área de serviço hospitalar primário, conforme calculado com base em informações demográficas disponíveis do Departamento de Censo dos Estados Unidos, complementadas por dados dos sistemas escolares.

O hospital pode solicitar que você envie documentação como comprovação de renda; exemplos de documentação podem incluir um contracheque, uma carta do seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.

Status do Seguro de Saúde

Você tem algum tipo de seguro de saúde, incluindo Medicaid, Medicare ou seguro privado pelo seu empregador ou comprado por conta própria? Sim Não

Se você respondeu "Não", gostaria de ajuda para se inscrever em algum desses programas?

Sim Não

Pacientes com seguro insuficiente: pessoas com seguro e com despesas médicas altas. Se você tem seguro, por favor, forneça uma estimativa das contas médicas que pagou nos últimos 12 meses.

\$

O hospital pode solicitar que você envie documentação como prova de despesas médicas pagas.

Paciente/Parte Responsável: Se não for o paciente, liste o nome da pessoa que assinou o formulário e sua autoridade para assinar em nome do paciente (por exemplo, cônjuge, pai, representante legal).

Entendo que as informações que envio podem estar sujeitas a verificação por fontes externas. Certifico que as informações são verdadeiras e completas, tanto quanto eu sei.

Nome impresso	Data
Relação com o paciente	
Assinatura	