

Resumen de Asistencia Financiera

Montefiore Medical Center reconoce que hay momentos en los que los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar por los servicios proporcionados. La Ayuda Financiera ofrece descuentos a individuos calificados en función de sus ingresos y el tamaño de su familia. Además, podemos ayudarle a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo si califica. Solo tiene que ponerse en contacto con un representante de Ayuda Financiera al 914-361-6899, ir a 12 North 7th Avenue, Mt. Vernon, NY 10550, o enviar un correo electrónico a MVFinancialAssistance@montefiore.org para recibir asistencia gratuita y confidencial. Puede encontrar más información sobre la política de asistencia financiera en <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. También puede recibir una solicitud sin costo por correo.

¿Quién califica para un descuento?

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

Montefiore Medical Center también ofrece acuerdos de pago a pacientes que tienen cobertura de seguro pero tienen un gasto de bolsillo que no pueden pagar o consideran una dificultad.

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

No se le puede negar atención médica de emergencia o medicamente necesaria solo porque necesite 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 un seguro médico limitado, estos son los límites de ingresos:

Anexo A: Nivel de Pobreza Federal y Tasas de Ayuda Financiera

2026					
Nivel de Pobreza Federal	1	2	3	4	5
Tamaño de la familia	Menos del 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	Más 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 persona adicional, añadir:	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Basado en las Guías de Pobreza Federal de 2025					

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

Si no puede pagar su factura, Montefiore Medical Center tiene una categoría de asistencia financiera para todos los que lo soliciten. El porcentaje del descuento depende de sus ingresos anuales y el tamaño de su familia. También ofrecemos planes de pago extendidos y el pago mensual no excederá el diez por ciento de sus ingresos mensuales. Un descuento por cortesía está disponible para pacientes por encima del 500% del nivel de pobreza federal. También están disponibles descuentos para pagos propios en servicios no médicamente necesarios.

¿Alguien puede explicarme el descuento? ¿Alguien me puede ayudar a solicitarlo?

Sí, hay ayuda gratuita y confidencial disponible. Llame a Ayuda Financiera al 914-361-6899.

Si no habla inglés, alguien le ayudará en su idioma. Las solicitudes, resúmenes y la política completa también están disponibles en varios idiomas sin costo alguno.

El representante de Ayuda Financiera puede decirle si califica para seguro gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus o un Plan de Salud Calificado (durante la inscripción abierta).

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

El representante le ayudará a llenar todos los formularios y le indicará qué documentos necesita traer.

Visite la ubicación a continuación o <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> para obtener más información o asistencia.

12 North 7th Avenue, Mt. Vernon, NY 10550 o envíe su solicitud por correo electrónico a MVFinancialAssistance@montefiore.org.

¿Qué necesito para solicitar un descuento?

Prueba aceptable de ingresos:

- Estado de desempleo
- Carta de premio de Seguridad Social/Pensión
- Talones de pago/Carta de verificación de empleo
- Carta de apoyo
- Carta de auto-certificación (en circunstancias apropiadas)
- Declaración de impuestos o W2

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 los médicos privados para ver si ofrecen un descuento o plan de pago. Para obtener una lista de proveedores y saber si participan o no en el Programa de Ayuda Financiera del Centro Médico, visite nuestro sitio web en <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o comuníquese con la oficina de Ayuda Financiera, donde se le proporcionará en persona o por correo.

¿Cuánto tengo que pagar?

El monto para un servicio ambulatorio o la sala de emergencias comienza desde \$0 para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de sus ingresos. El monto para un servicio ambulatorio o la sala de emergencias comienza desde \$15 para adultos, dependiendo de sus ingresos.

Un representante de Ayuda Financiera le dará los detalles sobre su descuento específico una vez que se procese su solicitud.

A los pacientes no se les cobrará más que las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios.

¿Cómo obtengo un descuento?

Debe llenar el formulario de solicitud. Tan pronto como tengamos prueba de sus ingresos, podemos procesar su solicitud para un descuento de acuerdo con 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 Montefiore Mount Vernon, 12 North 7th Avenue, Mt. Vernon, NY 10550 / Oficina de Ayuda Financiera / Caja Principal.

Una vez que haya presentado una solicitud completa y la documentación, puede ignorar cualquier factura hasta que el hospital haya tomado 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 después de completar y presentar la documentación, indicándole si ha sido aprobado y el nivel de descuento recibido.

¿Qué pasa si recibo una factura mientras espero saber si puedo obtener un descuento?

No se le puede exigir pagar una factura del hospital mientras se considera su solicitud para un descuento. Si su solicitud es rechazada, el hospital debe informarle por escrito el motivo y proporcionarle una forma de apelar esta 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.

Montefiore

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	