

Richiesta di assistenza finanziaria unificata per gli ospedali dello Stato di New York

Chi non è assicurato, ha esaurito la copertura assicurativa o è in possesso di assicurazione sanitaria, ma può dimostrare di aver sostenuto spese mediche che in totale superano il 10% del suo reddito, potrebbe usufruire di assistenza finanziaria a fronte delle fatture ospedaliere. Con la compilazione del presente modulo viene avviata la richiesta di assistenza finanziaria per il pagamento delle spese ospedaliere. Questo modulo è valido per tutti gli ospedali dello Stato di New York.

La domanda può essere stampata nelle¹ lingue principali parlate dai pazienti che usufruiscono delle prestazioni ospedaliere.

Nome del paziente (compilare tutti i campi pertinenti)

Nome completo del paziente (Primo nome, secondo nome, cognome)		
Data di nascita (mm/gg/aaaa)		
Indirizzo	Appartamento/Unità n.	
Città	Stato	Codice postale
Telefono di contatto n.		
Nome del genitore/tutore o rappresentante legale (se il paziente è minore o adulto inabile)		
Indirizzo di posta elettronica (se disponibile)		

Informazioni sul nucleo familiare:

Indicare di seguito tutti i membri del nucleo familiare. Il nucleo familiare comprende l'interessato, il coniuge o convivente ed eventuali figli o altre persone a carico. Ad esempio, tutti coloro che figurano nella stessa dichiarazione dei redditi.

Per reddito lordo si intende il reddito **al lordo** delle imposte.

Il reddito lordo può derivare da entrate di lavoro (salari, stipendi, mance, guadagni da lavoro autonomo), entrate passive (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi da familiari o amici) e altre fonti di reddito (forme previdenziali come reddito temporaneo e integrativo).

Nome e cognome	Grado di parentela	Reddito lordo totale (attuale)
	Richiedente	

¹ Per "lingue principali" si intendono le lingue di comunicazione utilizzate in almeno il 5% delle visite effettuate dai pazienti nel corso dell'anno, ovvero le lingue parlate da più dell'1% del bacino di utenza dell'ospedale, secondo quanto risulta dai dati demografici rilevati dall'Ufficio del censimento degli Stati Uniti (United States Bureau of Census), integrati dai dati delle reti scolastiche

L'ospedale potrebbe richiedere la presentazione di documentazione che attesti il reddito (ad esempio, busta paga, lettera del datore di lavoro, se pertinente, o Modulo 1040).

Stato dell'assicurazione sanitaria

Dispone di una qualche forma di assicurazione sanitaria, come Medicaid, Medicare o assicurazione privata tramite il datore di lavoro o acquistata autonomamente? Sì No

Se ha risposto "No", desidera ricevere assistenza per richiedere uno di questi programmi?

Sì No

Pazienti assicurati con copertura limitata: soggetti con assicurazione e spese mediche elevate. Se in possesso di assicurazione, fornire una stima delle spese mediche sostenute negli ultimi 12 mesi.

\$

L'ospedale potrebbe richiedere la presentazione di documenti a riprova delle spese mediche sostenute.

Paziente/Soggetto responsabile: Se il modulo viene firmata da una persona diversa dal paziente indicarne il nome, specificando a che titolo tale persona è autorizzata a firmare per conto del paziente (es., coniuge, genitore, rappresentante legale).

Sono consapevole che le informazioni da me fornite potrebbero essere soggette a verifica da parte di soggetti esterni. Dichiaro che le informazioni sono veritieri e complete per quanto di mia conoscenza.

Nome in stampatello	Data
Grado di parentela con il paziente	
Firma	

Requisiti minimi di idoneità e linee guida

Tempistica della richiesta, diritti del paziente e riservatezza

- È possibile richiedere assistenza finanziaria in qualsiasi momento durante tutto l'iter di riscossione.
- Non si è tenuti ad effettuare alcun pagamento all'ospedale finché non si riceve una risposta riguardante la decisione in merito alla richiesta di assistenza finanziaria. Gli ospedali non sono autorizzati ad avviare procedure di recupero crediti finché la domanda non è stata approvata.
- Qualora la richiesta di assistenza finanziaria venga respinta, si ha diritto a presentare ricorso. Le informazioni sulle modalità del ricorso saranno indicate nella comunicazione inviata dall'ospedale. L'interessato ha diritto a presentare ricorso contro l'importo concesso a seguito della richiesta di assistenza finanziaria. Le informazioni sulle modalità con cui è possibile presentare di ricorso saranno riportate nella lettera in cui l'ospedale comunica la sua decisione.
- Agli ospedali non è consentito passare fatture non pagate ad agenzie di recupero crediti finché non sono trascorsi almeno 180 giorni dalla data della prima fattura.
- Agli ospedali non è consentito avviare azioni legali, cause comprese, per recuperare fatture mediche non pagate da pazienti con reddito inferiore al 400% del livello di povertà federale. Le linee guida sulla povertà sono disponibili qui:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Tutte le informazioni fornite in questa domanda saranno utilizzate dall'ospedale esclusivamente per determinare l'idoneità dell'interessato ad usufruire dell'assistenza finanziaria e rimarranno riservate nella misura consentita dalla legge.
- L'ospedale non può rifiutarsi di erogare le prestazioni mediche necessarie a motivo di fatture mediche in sospeso.
- Per ricevere assistenza nella compilazione della presente domanda rivolgersi all'ufficio assistenza finanziaria dell'ospedale.
 - Tisch Hospital and NYU Langone Orthopedic Hospital
(866) 486-9847
 - NYU Langone Hospital – Brooklyn and Family Health Centers at NYU Langone
(718) 630-6252
 - NYU Langone Hospital – Long Island
(516) 663-8373
 - NYU Langone Hospital – Suffolk
(631) 687-4653
- Per ulteriore assistenza nella compilazione della presente domanda o aiuto per presentare ricorso contro una decisione, è possibile contattare Community Health Advocates al numero: 888-614-5400.

Idoneità

Nulla limita la capacità degli ospedali di stabilire l'idoneità dei pazienti ad ottenere sconti di pagamento a livelli di reddito superiori a quelli specificati di seguito e/o a concedere sconti di pagamento maggiori ai pazienti idonei rispetto a quanto previsto dalla Legge sulla salute

pubblica. Inoltre, lo status di immigrazione non costituisce criterio di idoneità ai fini della determinazione dell'assistenza finanziaria.

Soggetti idonei:

- Soggetti a basso reddito privi di assicurazione sanitaria;
- Soggetti assicurati con copertura limitata (spese mediche vive accumulate negli ultimi dodici mesi che superano il 10% del reddito annuo lordo);
- Soggetti che hanno esaurito i benefici dell'assicurazione sanitaria e sono in grado di dimostrare l'impossibilità di pagare l'intero importo delle spese;
- A discrezione dell'ospedale, i soggetti in grado di dimostrare di non essere in condizioni di pagare la quota a carico del paziente (ticket) e/o la franchigia possono richiedere una riduzione o uno sconto.

I soggetti con reddito inferiore al 400% del livello di povertà federale hanno diritto all'assistenza finanziaria.

Livelli di povertà federali (2024)			
Componenti del nucleo familiare	200%	300%	400%
1 persona	30.120 \$	45.180 \$	60.240 \$
2 persone	40.880 \$	61.320 \$	81.760 \$
3 persone	51.640 \$	77.460 \$	103.280 \$
4 persone	62.400 \$	93.600 \$	124.800 \$
5 persone	73.160 \$	109.740 \$	146.320 \$
6 persone	83.920 \$	125.880 \$	167.840 \$
7 persone	94.680 \$	142.020 \$	189.360 \$

Valori aggiornati su base annuale: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Tassi di sconto minimi

Se il paziente è in possesso dei requisiti di idoneità per l'assistenza finanziaria, le spese saranno ridotte in base al reddito, secondo uno schema tariffario a scalare:

Livello di reddito	Pagamento
Inferiore al 200% del livello di povertà federale	Esenzione totale
Tra il 200% e il 300% del livello di povertà federale	Pazienti non assicurati: Tariffa a scalare fino al 10% dell'importo che sarebbe stato pagato per le prestazioni da Medicaid. Pazienti assicurati con copertura limitata: Fino a un massimo del 10% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla partecipazione ai costi dell'assicurazione del paziente in questione.
Tra il 301% e il 400% del livello di povertà federale	Pazienti non assicurati: Tariffa a scalare fino al 20% dell'importo che sarebbe stato pagato per le prestazioni da Medicaid. Pazienti assicurati con copertura limitata: Fino a un massimo del 20% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla partecipazione ai costi dell'assicurazione del paziente in questione.

Gli ospedali possono decidere di praticare sconti maggiori ai pazienti idonei e/o sconti sui pagamenti ai pazienti con livelli di reddito più elevati.

Piani di rateizzazione

Sono previsti piani di rateizzazione per i pazienti che non sono in grado di pagare la tariffa ridotta in un'unica soluzione. Le rate mensili non possono superare il 5% del reddito mensile lordo e il tasso d'interesse addebitato al paziente sul saldo eventualmente non pagato non può superare il 2%.

Richiesta di documentazione attestante il reddito del nucleo familiare

Indicare le informazioni sul reddito del paziente, del coniuge e di eventuali persone a carico (es., figli). Ad esempio, nel calcolo del reddito del nucleo familiare si devono comprendere tutti coloro che figurano nella stessa dichiarazione dei redditi (contribuente, coniuge e persone a carico).

Segue un elenco di documenti utilizzabili per l'attestazione del reddito. Non è necessario presentare tutti i documenti indicati. Chi non ha reddito, può anche presentare una dichiarazione di assenza di reddito del nucleo familiare.

Inoltre, può presentare la pagina per la determinazione dell'Idoneità del NY State of Health Marketplace. Chi non dispone di tale documento, non è tenuto a presentare all'ospedale nessuna delle altre informazioni sul reddito indicate qui di seguito.

<u>Se il nucleo familiare ha redditi provenienti da:</u>	<u>Importo mensile:</u>	<u>Il richiedente può presentare:</u>
Salari	\$	Una busta paga o una lettera del datore di lavoro su carta intestata, firmata e datata, o la dichiarazione dei redditi più recente.
Assegno della previdenza sociale	\$	Copia della lettera/del certificato di assegnazione, o della corrispondenza con l'Amministrazione della previdenza sociale degli Stati Uniti (U.S. Social Security Administration) o della lettera delle prestazioni di previdenza sociale annuali. Per richiedere copia della lettera attestante le indennità di previdenza sociale telefonare al numero 1-800-772-1213 oppure visitare il sito www.ssa.gov .
Indennità di disoccupazione	\$	Copia della lettera/del certificato di assegnazione, o estratto conto mensile delle prestazioni del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (NYS Department of Labor), o copia della carta di pagamento diretto con stampa, o della corrispondenza con il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, o stampa delle informazioni sul conto del beneficiario riportate nel sito web del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York (www.labor.state.ny.us).
Assegno di invalidità	\$	Copia della lettera/del certificato di assegnazione o della corrispondenza con l'Amministrazione della previdenza sociale o copia della lettera delle prestazioni annuali. Per richiedere copia della lettera delle prestazioni telefonare al numero 1-800-772-1213 oppure visitare il sito www.ssa.gov .
Rendita per gli infortuni sul lavoro	\$	Copia della lettera di assegnazione o della matrice dell'assegno.

Assegno di mantenimento/alimenti per i figli	\$	Copia dell'ordinanza del tribunale o degli assegni/delle ricevute incassati relativi a 3 mesi.
Dividendi/interessi	\$	Estratto conto trimestrale dei dividendi o estratto conto mensile.
Altro	\$	Lettera attestante l'importo dei redditi non derivanti da lavoro (eventuali), ad esempio, reddito da locazione, redditi da prestazioni occasionali etc.
Nessun reddito	0 \$	Dichiarazione di assenza di reddito firmata.