**Póliza de Asistencia Financiera – Resumen**

**El** Programa de asistencia financiera de Peconic Bay Medical Center está diseñado para ayudar a los pacientes que han recibido servicios médicos necesarios, pero no tienen seguro, y han agotado sus beneficios para servicios particulares prestados por PBMC. Toda persona viva en los condados de Nassau y Suffolk puede obtener un descuento en servicios médicos no urgentes en Peconic Bay Medical Center, si cumplen con los límites de ingresos. No le podemos negar la atención médica necesaria porque necesita ayuda financiera. Es posible solicitar un descuento sin importar su estatus migratorio. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos corrientes y está disponible para individuos con ingresos familiares que son menos que se muestra a continuación:

**Tabla de Ingresos del 2019**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tamaño de Familia** | **Ingreso Annual Familiar** |
| 1 | Hasta to $62,450 |
| 2 | Hasta to $84,550 |
| 3 | Hasta to $106,650 |
| 4 | Hasta to $128,750 |
| 5 | Hasta to $150,850 |
| 6 | Hasta to $172,950 |
| Por cada persona adicional agrege | $22,100 |

Los pacientes que buscan ayuda financiera deben aplicar para este programa

Servicios Elegibles - En general, el FAP se aplica a los servicios de emergencia o de salud médicamente necesarios proporcionados y facturados por PBMC

Pacientes Eligibles – En general, los pacientes en el área de servicio de PBMC, que reciben servicios elegibles, que presenten una Solicitud de Asistencia Financiera completa , (incluidos los relacionados con la documentación / información), y que están determinados requisitos para recibir asistencia financiera por Peconic Bay Medical Center.

Como Aplicar – FAP y el formulario de solicitud pueden ser obtenido /completado /presentado de la siguiente manera:

1. Presentar la solicitud y la documentación requerida para el respectivo departamento de asistencia financiera con base en las instalaciones del hospital que proporciona los servicios.

2. Las solicitudes de ayuda financiera se pueden obtener:

* En el Departament to Servicios Finacieros en PBMC;
* Pueden ser solicitados por correo, llamando al Departamento de

Servicios Financieros para el Paciente en PBMC al (631) 548 a 6099 o visite en persona;

* Descargar los documentos de la página web de PBMC: [www.pbmchealth.org](http://www.pbmchealth.org).

Determinación de Elegibilidad de Asistencia Financiera - En general, los pacientes elegibles pueden recibir asistencia financiera, utilizando una escala, cuando su ingreso familiar es igual o inferior a 500% de las pautas federales de pobreza del Gobierno Federal. La elegibilidad para ayuda financiera significa que los pacientes elegibles tendrán el costo de su cuidado reducido en su totalidad o en una parte, y que no se le facturará más de "Las cantidades que generalmente se facturan a los asegurados, tal como se define en el IRS sección 501 (r) por el Servicio de Impuestos Internos). La siguiente asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles:

* Ingreso Familiar de 0 to 100% de las pautas federales de pobreza.

Asistencia financiera completa; $ 0 o el nivel nominal de pago tal como se define por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York es facturable a el paciente.

* Ingreso Familiar de 101% to 500% de las pautas federales de pobreza

Asistencia financiera parcial; es la cantidad máxima facturable para el paciente

Otros criterios pertinentes, además de las pautas federales de pobreza pueden ser considerados para determinar la elegibilidad (véase la Política de Asistencia Financiera), que puede dar lugar a excepciones a la anterior. El departamento de Servicios Financieros de Peconic Bay Medical Center examinará las solicitudes presentadas que son completa y determinar la elegibilidad de asistencia financiera de acuerdo con la Políza de Asistencia Financiera.

Los solicitantes que proporcionan aplicaciones FAP incompletas serán notificados y se les da la oportunidad de proporcionar la documentación / información que falta para que la determinación de ser hechas con respecto a la elegibilidad para asistencia financiera

**Financial Assistance Application Instructions**

El Programa de Asistencia Financiera de Peconic Bay Medical Center está diseñado para ayudar a los pacientes que han recibido servicios médicos necesarios, pero no tienen seguro, y han agotado sus beneficios para un servicio particular que fue proporcionado por el Centro Médico. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos corrientes y está disponible para individuos con ingresos familiares que son menos que los que se muestran a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| Casa / Tamaño de Familiar | Ingreso Máximo de Hogar  (500% del nivel federal de pobreza) |
| 1 | $62,450 |
| 2 | $84,550 |
| 3 | $106,650 |
| 4 | $128,750 |
| 5 | $150,850 |
| 6 | $172,950 |
| Por cada persona adicional, agregue | $22,100 |

Al completar una solicitud de asistencia financiera tenga en cuenta lo siguiente:

* Una solicitud no está completa hasta que se reciba toda la documentación requerida. Una solicitud incompleta no será revisada y el ciclo normal de facturación continuará.
* **Documentación requerida** - adjuntar copias de cheques, recibos de pago o declaraciones que apoyan cualquiera de los tipos de ingresos que se reportan en su solicitud de ayuda financiera. Además, proporcione copias de todas las facturas o declaraciones que le gustaría revisados como parte de su solicitud. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de solicitar documentación adicional relacionada con los activos para los pacientes con ingresos familiares por debajo de 150% del nivel federal de pobreza.
* Una vez que recibamos su solicitud completa, se puede prescindir de todas las facturas / declaraciones hasta que reciba una notificación por escrito sobre el estado de su solicitud de asistencia financiera.
* Se espera que los solicitantes de ayuda financiera a cooperar plenamente en la aplicación de cualquier programa de seguro de salud patrocinado por el gobierno (por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus, etc.) que Peconic Bay Medical Center puede ser elegible.
* Por Favor mande su applicacion a: Peconic Bay Medical Center

Financial Assistance

1300 Roanoke Avenue

Riverhead, New York 11901

**Para mas informacion por favor llamar 1.631.548.6099**