



Instrucciones para la solicitud de Asistencia Financiera de HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC

HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC cuenta con un programa de Asistencia Financiera para pacientes que están preocupados acerca de su capacidad para pagar por su atención médica. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos, activos y necesidades de su familia. La Asistencia Financiera está disponible para personas con ingresos familiares que son menores a los que se muestran a continuación:

Tamaño de la familia	Ingreso anual familiar
1	Hasta \$60,240
2	Hasta \$81,760
3	Hasta \$103,280
4	Hasta \$124,800
5	Hasta \$146,320
6	Hasta \$167,840
7	Hasta \$189,360
8	Hasta \$210,880

*HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC proporciona asistencia financiera en los mismos términos que HSS-Florida Physicians, LLC. Sin embargo, las determinaciones de elegibilidad y cobertura se toman de forma separada y pueden ser diferentes, lo que resulta en ser elegible para una entidad pero no para la otra.

La solicitud del FAP también solicita la siguiente información que HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC puede utilizar para verificar los ingresos familiares del solicitante. No es necesario que los solicitantes proporcionen cada ítem a continuación si la información no está disponible:

- Comprobantes de nómina del período de tres (3) meses más reciente disponibles
- Verificación de ingresos oral o escrita de agencias de asistencia pública
- Información de la elección y saldo de la Cuenta de Gastos Flexibles o Cuenta de Ahorro de Atención Médica
- Formulario que aprueba o rechaza la compensación por desempleo
- Estados de cuenta bancarios o de inversiones
- Declaración de beneficios o determinación de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Auto certificación

Al completar una solicitud de Asistencia Financiera, recuerde lo siguiente:

- Una solicitud de Asistencia Financiera puede hacerse en cualquier momento. Una persona puede hacer una solicitud antes, durante o después de recibir los servicios, incluyendo después del inicio de una acción por parte de una agencia de cobranzas contra la persona.
- Una solicitud puede ser completada por una persona o por su tutor legal. Si tiene alguna pregunta respecto de cómo completar la solicitud de Asistencia Financiera, comuníquese con el personal del FAP de HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC al (212) 606-1505.
- La Asistencia Financiera cubre todos los servicios profesionales proporcionados por HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC. Puede encontrar más información en nuestro sitio web en: <https://www.hss.edu/hss-florida-palm-beach-asc-financial-assistance>.
- Una vez que recibamos su solicitud completa, puede ignorar cualquier factura/estado de cuenta hasta recibir una notificación por escrito respecto de su solicitud de asistencia financiera
- Los servicios cosméticos, experimentales y de conveniencia no pueden ser considerados médicamente necesarios según esta Política, y los costos de viaje relacionados no están cubiertos por la Asistencia Financiera.

Envíe por correo su solicitud completa y la documentación requerida a:

Hospital for Special Surgery
HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC
Department
535 East 70th Street
ERP Plaza Level
New York, NY 10021

Solicitud de Asistencia Financiera

HSS Palm Beach Ambulatory Surgery Center, LLC) #: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección: _____
Calle _____ Apartamento Nro. _____ Estado _____ Ciudad _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Nro. del mejor contacto: _____ Nro. del contacto alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Persona de contacto: _____ Relación con el paciente: _____ Nro. de contacto: _____

Plan de seguro: _____ Póliza Nro.: _____ Nro. de teléfono del seguro: _____

Servicio clínico solicitado: _____

Enumere todas las personas que vivan en la casa y que dependan legalmente de usted para su manutención: (Según lo declarado como dependientes en su declaración de impuesto sobre la renta. Para Relación, elija una de las siguientes opciones: Cónyuge/Pareja, Padre/Madre, Hijo/a u Otro. En el caso de "Otro", complete el tipo de relación).

- | | | | | |
|---|------------------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1 | Nombre completo: _____ | Edad: _____ | Relación: _____ | Otro: _____ |
| 2 | Nombre completo: _____ | Edad: _____ | Relación: _____ | Otro: _____ |
| 3 | Nombre completo: _____ | Edad: _____ | Relación: _____ | Otro: _____ |
| 4 | Nombre completo: _____ | Edad: _____ | Relación: _____ | Otro: _____ |

¿Busca atención que no está disponible de manera razonable más cerca de su lugar de residencia? _____

¿Busca atención altamente especializada que no está disponible de manera razonable en otros hospitales? _____

Ingreso bruto total:

Fuente de ingresos	Ingreso familiar 3 meses	Ingreso familiar 12 meses
Salarios	_____	_____
Pagos del Seguro Social	_____	_____
Dividendos, intereses, ingresos por rentas	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	_____

Saldos actuales de la cuenta de cheques/ahorros: _____

Certifico que la información precedente está completa y es correcta. Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Hospital for Special Surgery y sujeta a revisión. Además, tomaré todas las medidas necesarias para solicitar cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de los cargos del hospital. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al proveedor correspondiente el monto recibido para los cargos del hospital. Comprendo que si cualquier información que haya proporcionado resulta estar incompleta o ser incorrecta, el hospital podrá reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que considere adecuada. Si mi capacidad de pago cambia significativamente con posterioridad a la fecha de esta solicitud, informaré al hospital.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____