

Sintesi dell'Assistenza finanziaria

Montefiore Medical Center riconosce che esistono occasioni in cui i pazienti che necessitano di assistenza riscontrano difficoltà a pagare i servizi forniti. L'Assistenza finanziaria fornisce sconti ai soggetti giudicati idonei in base a reddito e numero di componenti del nucleo familiare. Inoltre, possiamo aiutare i pazienti a presentare domanda per un'assicurazione gratuita o a basso costo qualora idonei. È sufficiente contattare il Rappresentante dell'assistenza finanziaria al numero 914-361-6899, recarsi all'indirizzo 12North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 o inviare un'e-mail a MVFinancialAssistance@montefiore.org per ricevere assistenza gratuita in forma riservata. Maggiori informazioni sulla politica di assistenza finanziaria si possono trovare sul sito <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. Si può anche ricevere la domanda via e-mail a titolo gratuito.

Chi ha diritto allo sconto?

L'Assistenza finanziaria è disponibile per i pazienti privi di assicurazione sanitaria o copertura limitata di assicurazione sanitaria che risiedano nell'area di servizio primaria del centro medico (Stato di New York).

Montefiore Medical Center offre anche disposizioni di pagamento ai pazienti che dispongano di copertura assicurativa ma sostengano una spesa diretta a cui non possano o facciano difficoltà a far fronte.

Chiunque risieda nello Stato di New York e necessiti di servizi di emergenza o necessari a livello medico può ricevere assistenza e ottenere uno sconto.

Non è possibile negare a nessuno che necessiti di assistenza finanziaria cure sanitarie di emergenza o necessarie a livello medico.

Si può richiedere uno sconto a prescindere dello stato di immigrazione.

Quali sono i limiti di reddito?

L'importo dello sconto varia in base al reddito e al numero di componenti della famiglia. Se non si dispone di assicurazione sanitaria o la propria assicurazione è limitata, i limiti di reddito sono i seguenti:

2016	CATEGORIE DI REDDITO LORDO (Limiti superiori)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
LIVELLO DI POVERTA' FEDERALE	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	superiore al 500%
Dimensione della famiglia	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	superiore al 500%
1	\$11,880	\$14,850	\$17,820	\$20,790	\$21.775	\$23.540	\$ 29.425	\$ 35.310	\$ 47.080	\$ 58.850	
2	\$16,020	\$20,025	\$24,030	\$28,035	\$29.471	\$31.860	\$ 39.825	\$ 47.790	\$ 63.720	\$ 79.650	
3	\$20,160	\$25,200	\$30,240	\$35,280	\$37.167	\$40.180	\$ 50.225	\$ 60.270	\$ 80.360	\$100.450	
4	\$24,300	\$30,375	\$36,450	\$42,525	\$44.863	\$48.500	\$ 60.625	\$ 72.750	\$ 97.000	\$121.250	
5	\$28,440	\$35,550	\$42,660	\$49,770	\$52.559	\$56.820	\$ 71.025	\$ 85.230	\$113.640	\$142.050	
6	\$32,580	\$40,725	\$48,870	\$57,015	\$60.255	\$65.140	\$ 81.425	\$ 97.710	\$130.280	\$162.850	
7	\$36,730	\$45,913	\$55,095	\$64,278	\$67.951	\$73.460	\$ 91.825	\$110.190	\$146.920	\$183.650	
8	\$40,890	\$51,113	\$61,335	\$71,558	\$75.647	\$81.780	\$ 102.225	\$122.670	\$163.560	\$204.450	
Per ogni ulteriore persona agg.	\$4,160	\$5,200	\$6,240	\$7,280	\$ 7.696	\$8.320	\$ 10.400	\$ 12.480	\$ 16.640	\$ 20.800	

* In base alle linee guida federali sulla povertà 2016

Cosa succede se non soddisfo i limiti di reddito?

Se non si è in grado di pagare la propria fattura, Montefiore Medical Center dispone di una categoria di assistenza finanziaria per tutti quelli che la richiedono. La percentuale di sconto dipende dal reddito annuale e dal numero di componenti della famiglia. Offriamo anche piani di pagamento estesi e il pagamento mensile non supererà il dieci per cento del reddito mensile. Per i pazienti al di sopra del 500% del livello di povertà federale è disponibile uno sconto di cortesia. Per i servizi non necessari a livello medico sono anche disponibili gli sconti di autofinanziamento.

Qualcuno può spiegarmi lo sconto? Qualcuno può aiutarmi ad applicarlo?

Sì, è disponibile l'assistenza in forma riservata e gratuita. Chiamare l'Assistenza finanziaria al numero 914-361-6899.

Se non si parla la lingua inglese, un operatore fornirà assistenza nella lingua necessaria. Domande, sintesi e politica completa sono disponibili anche in più lingue senza alcun costo aggiuntivo.

Il rappresentante dell'Assistenza finanziaria può indicare se si è idonei all'assistenza gratuita o a basso costo quali Medicaid, Child Health Plus o a un Piano sanitario qualificato (durante l'iscrizione aperta).

Qualora il rappresentante dell'Assistenza finanziaria riscontri che il richiedente non sia idoneo a un'assicurazione a basso costo, lo aiuterà a domandare uno sconto.

Il Rappresentante offrirà assistenza nella compilazione di tutti i moduli e indicherà tutti i documenti da fornire.

Visitare la sede indicata in calce oppure il sito <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> per ulteriori informazioni e assistenza.

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 o inviare via e-mail la richiesta all'indirizzo to MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Per ottenere uno sconto cosa mi serve?

Prova di reddito accettabile:

- Dichiarazione di disoccupazione
- Previdenza sociale/Lettera di assegnazione di pensione
- Buste paga/Lettera di verifica di impiego
- Lettera di supporto
- Lettera di autocertificazione (in circostanze appropriate)
- Dichiarazione dei redditi o W2

Tutti i servizi necessari a livello medico forniti dal Montefiore Medical Center sono coperti dallo sconto. Ciò include i servizi ambulatoriali, l'assistenza di emergenza e le ammissioni al ricovero di emergenza.

Le spese di *dottori privati* che forniscono servizi presso l'ospedale non possono essere coperte. Si deve parlare direttamente con i dottori privati per appurare se offrono uno sconto o un piano di pagamento. Per un elenco degli operatori sanitari con l'indicazione se partecipino o meno al Programma di aiuto finanziario del Medical Center visitare il nostro sito internet all'indirizzo <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o contattare l'ufficio di Assistenza finanziaria per riceverne una copia di persona o via e-mail.

Quanto devo pagare?

L'importo per un'assistenza ambulatoriale o il pronto soccorso inizia da \$0 per bambini e donne incinte a seconda del reddito. L'importo per l'assistenza ambulatoriale o il pronto soccorso inizia da \$15 per gli adulti a seconda del reddito.

Un rappresentante dell'Assistenza finanziaria fornirà i dettagli sullo sconto(i) specifico una volta elaborata la domanda.

Ai pazienti non verrà addebitato più degli importi generalmente fatturati per l'assistenza di emergenza o necessaria a livello medico.

Come posso ottenere lo sconto?

Si deve compilare il modulo di domanda. Non appena ottenuta la prova del reddito, potremo elaborare la domanda di sconto in base al livello di reddito. Si avranno 30 giorni a disposizione per compilare la domanda.

Si può richiedere uno sconto prima di avere un appuntamento quando si giunge in ospedale per ricevere assistenza o si riceve la fattura per posta.

Inviare il modulo compilato all'indirizzo Montefiore Mount Vernon 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 / Financial Aid Office/Main Cashiers.

Una volta inviata la domanda insieme alla documentazione completa, è possibile ignorare le eventuali fatture finché l'ospedale abbia fornito una decisione in merito alla richiesta.

Come faccio a sapere se sono stato autorizzato allo sconto?

Montefiore Medical Center invierà una lettera entro 30 giorni dal completamento e l'inoltro della documentazione che informerà se si è stati approvati e il livello di sconto ricevuto.

Cosa faccio se ricevo una fattura mentre attendo di sapere se ho ottenuto lo sconto?

Non può essere richiesto il pagamento di una fattura ospedaliera mentre la domanda di sconto viene presa in considerazione. Se la domanda viene respinta, l'ospedale deve comunicarlo per iscritto e fornire una modalità di appello contro la decisione a un livello superiore all'interno dell'ospedale.

Cosa faccio se ho un problema che non riesco a risolvere con l'ospedale?

Si può chiamare la hotline per i reclami del Dipartimento di salute dello Stato di New York al numero 1-800-804-5447.

**Allegato B
Domanda**

**MONTEFIORE MEDICAL CENTER
DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE

Nome del paziente		Numero di previdenza sociale	
Indirizzo		Data della domanda	
Città		Stato	CAP
Telefono		Rapporto con il paziente	Sé stesso Coniuge Figlio Genitore Nonno Nipote Altro
Reddito annuo lordo		Numero dei componenti della famiglia	Saldo dovuto

FOGLIO DI LAVORO DI IDONEITÀ: AD USO ESCLUSIVO DELL'UFFICIO:

Rappresentante dell'assistenza finanziaria		Saldo del conto aggiustato	
MNR paziente		Numero conto	Numero di riferimento della fattura
Reddito verificato IRIS	Sì No	Documentazione di supporto	1. Busta paga 2. Lettera di lavoro Altro specificare:
Reddito annuo lordo verificato			

Il richiedente è idoneo all'Assistenza finanziaria al livello di categoria seguente (1-6 9M)

Data di richiesta della domanda		Data di ricevimento della trascrizione fiscale IRIS	
Data di ricevimento della domanda		Data di aggiustamento del conto	
Data di notifica dell'assistenza finanziaria		Data di approvazione/rifiuto	

Approvato da: _____

DICHIARAZIONE DI DOMANDA

La mia firma sulla presente domanda riafferma la mia autorizzazione all'assegnazione di benefici e alla fornitura di informazioni correlate ai servizi medici offerti presso il Montefiore Medical Center.

Benché io sia idoneo/a all'Assistenza finanziaria, accetto di informare il Montefiore Medical Center di qualsiasi modifica allo stato della mia famiglia per quanto riguarda numero dei componenti, variazioni al reddito e alla copertura sanitaria che potrebbero influire sulla mia idoneità all'Assistenza finanziaria. Autorizzo il mio datore di lavoro e la mia compagnia assicuratrice sanitaria a fornire al Montefiore Medical Center le informazioni relative a reddito, coassicurazione, contributi, spese deducibili e benefici coperti di cui dispongo.

Qualora richieda Assistenza finanziaria a causa di incidente o altro infortunio e riceva denaro a causa di tale incidente o infortunio da qualsiasi fonte quali l'indennizzo destinato ai lavoratori o una compagnia assicuratrice, ripagherò a Montefiore Medical Center qualunque servizio medico fornito presso il Montefiore Medical Center e pagato o aggiustato per mezzo dell'Assistenza finanziaria.

Tutte le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere per quanto di mia conoscenza e accetto di fornire su richiesta qualsivoglia documentazione.

Nome in stampatello del paziente		Data	
Firma del paziente			
<i>Io sottoscritto/a dichiaro di essere legalmente autorizzato/a a fornire il consenso per conto del paziente summenzionato. Il mio rapporto con il paziente è descritto come segue:</i>			
Firma del rappresentante autorizzato		Data	
Rapporto con il paziente			

Compilare la presente domanda e restituirla all'indirizzo seguente:

Montefiore Mount Vernon 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 / Financial Aid Office/Main Cashiers
Una volta inviata la domanda insieme alla documentazione completa, è possibile ignorare le eventuali fatture finché l'ospedale abbia fornito una decisione in merito alla richiesta. Si prega di compilare la domanda entro 30 giorni.