



EASTERN NIAGARA HOSPITAL

521 East Avenue
Lockport, New York 14094
(716) 514-5700

Outpatient Sites:
5875 Transit Road
Lockport, NY 14094
2600 William Street
Newfane, NY 14108

POLÍTICA DE ATENCIÓN BENÉFICA DEL EASTERN NIAGARA HOSPITAL

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El objetivo de la política de atención benéfica del Eastern Niagara Hospital es el de atender las necesidades sanitarias de la comunidad, brindando atención gratuita o con descuento a aquellos pacientes que lo necesiten, pero que no puedan costear los gastos de los servicios que reciben, debido a que poseen una cobertura médica insuficiente o a que carecen de ella y/o de recursos financieros.

ADMISIBILIDAD

La admisibilidad para el programa se basa en los ingresos del grupo familiar, con relación a la cantidad total de personas a cargo en la casa. Se utilizan las pautas sobre los ingresos del grupo familiar que se mencionan a continuación, para determinar la admisibilidad del paciente para el programa. Nota importante: los niveles de ingreso se usarán como una pauta general. El hecho de no cumplir estas pautas no descalificará automáticamente a un beneficiario para que se le apruebe la atención benéfica. A menudo se presentan situaciones catastróficas o circunstancias atenuantes. La determinación sobre cada cuenta se tomará considerando toda la información disponible. Si le niegan la atención benéfica, usted tiene derecho a apelar tal decisión.

REQUISITOS

Para garantizar que todos los pacientes que solicitan la atención benéfica sean considerados con equidad y justicia, se requiere al paciente y/o al representante legal que sigan estas pautas.

1. Completar el formulario de solicitud de atención benéfica.
2. Presentar un comprobante de ingresos. Los ingresos pueden demostrarse mediante uno o más de los siguientes: declaración de impuesto a las ganancias, declaración de salario, cheque del seguro de desempleo, seguro social o cheque de pensión o cualquier otro comprobante de ingresos.

	100% de descuento	75% de descuento	50% de descuento	25% de descuento	Margen fijo
Miembros en el grupo familiar	Ingresos inferiores a				
1	\$12,060	\$18,090	\$24,120	\$30,150	\$36,180
2	\$16,240	\$24,030	\$32,480	\$40,600	\$48,720
3	\$20,240	\$30,630	\$40,840	\$51,050	\$61,260
4	\$24,600	\$36,900	\$49,200	\$61,500	\$73,800
5	\$28,780	\$43,170	\$57,560	\$71,950	\$86,340
6	\$32,960	\$49,440	\$65,920	\$82,400	\$98,880
7	\$37,140	\$55,710	\$74,280	\$92,850	\$111,420
8	\$41,320	\$61,980	\$82,640	\$103,300	\$123,960

** Para cada persona adicional, agregar \$4,160.

*** El descuento no se toma de los gastos, sino del margen fijo .



EASTERN NIAGARA HOSPITAL

521 East Avenue
Lockport, New York 14094
(716) 514-5700

Outpatient Sites:
5875 Transit Road
Lockport, NY 14094
2600 William Street
Newfane, NY 14108

SOLICITUD PARA LA ATENCIÓN GRATUITA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL GARANTE: _____

INGRESOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR: \$ _____ \$ _____ \$ _____
SEMANAL MENSUAL ANUAL

** ADJUNTAR COMPROBANTE DE INGRESOS

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	N.º SEG. SOC.	RELACIÓN

¿Usted o alguno de los miembros de la familia listados más arriba tienen alguna otra cuenta abierta en el Eastern Niagara Hospital? Sí _____ No _____
Si responde que sí, indíquenos los números de cuenta y/o las fechas de servicio:

Nombre del paciente	N. de cuenta	Fecha de servicio	Importe

Entregue esta solicitud completa o envíela por correo, junto con el comprobante de ingresos y el rechazo de Medicaid a:
Eastern Niagara Hospital
Patient Accounting
521 East Avenue
Lockport NY 14094

Si tiene alguna duda o inquietud, puede comunicarse con la coordinadora de Créditos y Cobranzas, al 716-514-5898.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

CERTIFICACIÓN: al firmar esta solicitud, juro y afirmo que la información que he suministrado o que suministraré a Eastern Niagara Hospital como fundamento para recibir esta atención benéfica es correcta.