


**HealthAlliance**

Westchester Medical Center Health Network

**Application for Hospital Financial Assistance**
*Solicitud de asistencia económica del hospital*

 (Completed application must be submitted within 20 working days with proof of income.)

Name/ Nombre:		Street Address/ Calle/Direction:		City, State, Zip Estado Pueblo:	
Soc Sec #: <i>Seguridad social:</i>		Phone (home/cell) Telephono de Casa		Phone (work) Telephono de Tabajo:	
Hospital Acct#	Balance \$	Hospital Acc #	Balance \$		

 Have you applied for Medicaid? \_\_\_\_\_ Yes  
 Ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ Si

 No \_\_\_\_\_ If no, why not? \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_ Si no, porque? \_\_\_\_\_

 Briefly describe your financial situation: \_\_\_\_\_  
 Describa brevemente su situación económica

**DEPENDENTS/ PERSONAS A SU CARGO:**

Name/ Nombre	Age/ Edad	Relationship/ Parentesco

**ANNUAL INCOME/ INGRESO ANUAL:**

<b>Patient Income/</b> Ingreso del paciente:	<b>Spouse Income/</b> Ingreso del cónyuge:	<b>Other Family Member's Income/</b> Ingreso de otros miembros de la familia:
<b>Social Security/</b> <i>Seguridad social:</i>	<b>Pension/</b> <i>Pensión:</i>	<b>VA Benefits/</b> <i>Beneficios para veteranos:</i>
<b>Alimony/</b> <i>Pensión alimenticia:</i>	<b>Child Support/</b> <i>Sostén por</i> <i>niño:</i>	<b>Public Assistance/</b> <i>Asistencia pública:</i>
<b>Unemployment/</b> <i>Desempleo:</i>	<b>Compensation/</b> <i>Compensación:</i>	<b>Other/</b> <i>Otros:</i>

**NOTE: Proof of income, such as the last 4 pay stubs, or other documents clearly showing income must be enclosed with this application to document patient and family income. If Social Security is your only income, submit a copy of the Social Security statement, or a copy of your bank statement showing direct deposit of Social Security payment. See page 3 for a complete list of accepted forms of income evidence.** I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. If any information I have given proves to be untrue, I understand that the hospital may re-evaluate my financial status and require full and immediate payment of this debt.

I give my permission to HealthAlliance of the Hudson Valley to disclose this information to any Federal or State agency responsible for determining program compliance.

**NOTA: La prueba de ingreso, tales como los últimos 4 talones, u otros documentos demostrando claramente ingresos deben adjuntar con esta aplicación al documento paciente e ingresos familiares. Si la Seguridad Social es su única fuente de ingresos, presentar una copia de la declaración del Seguro Social, o una copia de su estado de cuenta mostrando depósito directo del pago de Seguridad Social. Ver página 3 para una lista completa de formas aceptadas de comprobante de ingresos.** Certifico que la información antes mencionada es fiel y verdadera según mi mejor conocimiento. Si la información suministrada fuese falsa, comprendo que el hospital puede reevaluar mi situación económica y solicitar el pago inmediato y completo de esta deuda.

Doy mi autorización a HealthAlliance de Hudson Valley a mostrar esta información a cualquier agencia federal o estatal responsable de determinar el cumplimiento del programa.

 Date of Request  
 Fecha de solicitud

 Applicant's Signature  
 Firma del solicitante

**INDIVIDUAL NOTICE OF AVAILABILITY OF  
FINANCIAL ASSISTANCE 2018**  
**INDIVIDUAL AVISO DE DISPONIBILIDAD DE  
2018 DE ASISTENCIA FINANCIERA**

HealthAlliance of the Hudson Valley provides a reasonable amount of its services at a reduced charge or no charge to eligible persons who request those services. Financial Assistance will be available to persons whose family income are not greater than the Federal Poverty Income Guidelines listed below, and apply to hospital bills only. Private physician fees are not covered under this program.

*HealthAlliance of the Hudson Valley proporciona una cantidad razonable de sus servicios a un costo reducido o sin costo alguno a las personas elegibles que soliciten esos servicios. Ayuda financiera estarán disponible para las personas cuyos ingresos familiares no son superiores a las pautas de ingresos federales de la pobreza a continuación y se aplican a cuentas de hospital sólo. Honorarios de médico privado no están cubiertos bajo este programa.*

% of Income

Family Size	HHS Poverty Income \$	150%	200%	300%
1	12,140.00	18,210.00	24,280.00	36,420.00
2	16,460.00	24,690.00	32,920.00	49,380.00
3	20,780.00	31,170.00	41,560.00	62,340.00
4	25,100.00	37,650.00	50,200.00	75,300.00
5	29,420.00	44,130.00	58,840.00	88,260.00
6	33,740.00	50,610.00	67,480.00	101,220.00
7	38,060.00	57,090.00	76,120.00	114,180.00
8	42,380.00	63,570.00	84,760.00	127,140.00
<b>% of Discount</b>		<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>50%</b>

\*\*\*For families with more than eight members, add \$4,320 for each additional member.\*\*\*

\*\*\* Para las familias con más de 8 miembros, agregue \$4.320 para cada member adicional \*\*\*

If you think you may be eligible, please complete this application and send **with the documentation required from pages 3 or 4:**

*Si usted piensa que usted puede ser elegible, complete esta solicitud y envía **con la documentación requerida de la páginas 3 o 4:***

**HealthAlliance of the Hudson Valley  
Attention: Patient Accounting Dept.  
741 Grant Ave.**

**Lake Katrine NY 12449**

A written conditional or final determination of your eligibility will be made within 30 days following receipt of the application. Questions should be directed to 845-334-2743. Once you have submitted this application, please disregard any bills until you receive our response.

*Escrito la determinación condicional o definitiva de su elegibilidad se harán dentro de 30 días siguientes a la recepción de la solicitud. Preguntas deben ser dirigidas a 845-334-2743. Una vez que ha presentado esta solicitud, por favor ignore cualquier factura hasta que reciba nuestra respuesta.*

## **LISTA DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

### **Prueba de identidad (traer al menos UNO de la lista a continuación)**

- Pasaporte
- Tarjeta extranjero residente permanente (Green Card)
- Certificado de nacimiento para todos los miembros de la familia incluyendo a niños menores de 21 años de edad
- Tarjeta de autorización de empleo
- Licencia conducir u otra identificación emitida por el estado
- Identificación con foto para cónyuge / concubino socios

### **Comprobante de domicilio / residencia – dirección (traer al menos DOS de la lista a continuación)**

- Utilidad de facturas
- Facturas de teléfono celular
- Proyecto de ley de televisión por Cable
- Recibo de alquiler, copia del contrato de arrendamiento o hipoteca papeles
- Carta de persona que residen con o carta del propietario (debe ser notariada)

### **Comprobante de ingresos (traer al menos UNO de la lista a continuación)**

- Cuatro últimos recibos de sueldo semanal o dos cada dos semanas pagan recibos
- Carta del empleador en el membrete, firmada y fechada, indicando el ingreso bruto o si no papel con membrete, llevar una carta notariada del empleador
- Carta de la administración de la Seguridad Social / pensiones / rentas vitalicias
- Último cheque de beneficios de desempleo
- Carta de apoyo o si están siendo apoyadas totalmente por otra persona, llevar una carta notariada de esa persona que dice que están apoyando al paciente en la ausencia de ingresos
- Si paro, explicación de apoyo requerida o por favor aclarar en una carta cómo el paciente es el apoyo (es decir, ahorro bancario, etc)
- Ingresos de alquiler de la propiedad, habitación, etc..
- Si se está aplicando para un niño, por favor proporcione documentación de ingresos de apoyo de niño
- Beneficios de VA o ingresos de compensación del trabajador

### **Otros**

- Prueba de colegio y asistencia a la escuela técnica.

## **REQUIRED DOCUMENTATION LIST**

### **Proof of Identity (bring at least ONE from the list below)**

- Passport
- Permanent Resident Alien Card (Green Card)
- Birth Certificate for all members in the family including children under 21 years old
- Employment Authorization Card
- Driver License or other State Issued ID
- Photo ID for Spouse / Common-Law Partners

### **Proof of Address / Residency – Home Address (bring at least TWO from the list below)**

- Utility Bills
- Cell Phone Bills
- Cable Television Bill
- Rent Receipt, Copy of Lease, or Mortgage Papers
- Letter from Person You Reside With or Letter from Landlord (must be notarized)

### **Proof of Income (bring at least ONE from the list below)**

- Last Four Weekly Pay Stubs or Two Biweekly Pay Stubs
- Letter from Employer on company letterhead, signed and dated, stating gross income
  - If no letterhead, bring a notarized letter from the employer
- Award Letter from Social Security Administration / Pension / Annuities
- Last Unemployment Benefit Check
- Letter of Support
  - If you are being wholly supported by someone else, bring a notarized letter from that person which states that they are supporting the patient in the absence of income
- If unemployed, explanation of support required
  - Please clarify in a letter how the patient is being supported (i.e. bank savings, etc)
- Income from Rental of Property, Room, etc.
- If applying for a child, please provide Documentation of Child Support Income
- VA Benefits or Worker's Compensation Income

### **Other**

- Proof of College and or Technical School Attendance.