

# Bassett Medical Center

## Programa de servicios comunitarios

### Enero de 2014

El Programa de servicios comunitarios (Community Services Program, o CSP) de Bassett Medical Center ofrece atención médica gratuita a las personas sin seguro médico y a las familias con dificultades para pagar el costo total de su atención médica, incluido el tratamiento médico de emergencia. Se presta tratamiento médico de emergencia en todos los casos, sin tener en cuenta la capacidad de pago de la persona. A fin de poder asistir a la mayor cantidad de gente posible con este programa, los solicitantes deben cumplir con ciertos requisitos. Todos los pacientes de Bassett Healthcare pueden solicitar el Programa de servicios comunitarios sin tener en cuenta su lugar de su residencia. El CSP no es una póliza de seguro médico ni cumple los criterios como plan de salud calificado según la Ley de Atención Accesible. La solicitud es válida solamente para los plazos aprobados que se especifican más adelante.

### ¿Qué servicios no están cubiertos por el CSP?

Los siguientes servicios están excluidos del Programa de servicios comunitarios:

- Farmacia
- Gafas/Lentes de contacto
- Audífonos y equipos médicos duraderos
- Atención dental de rutina (se cubre la primera dentadura postiza después la extracción)
- Cirugía bucal
- Cirugía estética y optativa
- Toda fecha de servicio con más de ciento veinte (120) días de anticipación a la solicitud
- Copagos, coseguro y los saldos del deducible

### ¿Cuáles son los requisitos del CSP?

A fin de reunir los requisitos para recibir asistencia financiera a través del Programa de servicios comunitarios, los servicios y la solicitud deben cumplir con los siguientes requisitos:

Se aceptan las solicitudes de CSP para servicios futuros en un plazo de 60 días a partir de la fecha de solicitud, limitados a los servicios programados que no están excluidos del programa.

Es posible que deba solicitar admisión a Medicaid después de presentar una solicitud, a menos que sus ingresos familiares excedan las pautas de Medicaid. Además, debe presentar solicitud ante todos los programas públicos de seguro de salud para los cuales reúna los requisitos, entre ellos, Child Health Plus, antes de recibir aprobación para el Programa de servicios comunitarios. Si ya tiene una carta de denegación de Medicaid, ésta debe tener menos de 6 meses.

Los ingresos anuales brutos de su familia para todos los integrantes de su hogar no deben exceder las siguientes pautas:

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>2014</u>	<u>Límite de ingresos familiares</u>
1		\$35,010
2		\$47,190
3		\$59,370
4		\$71,550
5		\$83,730
6		\$95,910
7		\$108,090
8		\$120,270
Cada adicional		\$12,180

**Importante:** a pesar de que todos los solicitantes deben completar todas las secciones de la solicitud y cumplir con todos los requisitos del programa, Bassett Medical Center se reserva el derecho, a su entero arbitrio, de renunciar o modificar los requisitos de la solicitud por suficientes motivos fundamentados, de conformidad con las leyes federales y estatales correspondientes.

## ¿Cómo presento una solicitud para el CSP?

La solicitud para el Programa de servicios para la comunidad requiere:

- Una solicitud totalmente completa, firmada y fechada (se adjunta).
- Todos los solicitantes pueden dejar de pagar las facturas recibidas durante el período posterior al envío de la solicitud hasta que se haya emitido una resolución definitiva respecto de la elegibilidad.
- Verificación de ingresos. Usted debe presentar las últimas declaraciones de renta federales y estatales con todos sus adjuntos, para todos los integrantes del hogar o los recibos de sueldo más recientes de su empleador. En caso de que haya habido cambios recientes en sus ingresos (debido a pérdida del empleo, etc.) puede presentar comprobantes adicionales de los ingresos correspondientes al período de 6 meses inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud. Para los trabajadores autónomos, las sociedades y las corporaciones: no todas las deducciones en la declaración de impuestos se pueden considerar para determinar los ingresos del hogar y si reúnen los requisitos para este programa.
- Si los ingresos de su familia están por debajo de las pautas de Medicaid, se le exigirá que presente una solicitud ante Medicaid antes de aprobar su solicitud para el CSP.
- Las solicitudes para el Programa de servicios comunitarios no se aprueban si se le deniega Medicaid por no completar una solicitud, o si usted se niega a cumplir con alguno de los requisitos. También se pueden denegar las solicitudes para el CSP si los solicitantes no cuentan con seguro médico patrocinado por el empleador.
- Los pacientes que hayan agotado el máximo anual o vitalicio del seguro médico también deben suministrar una declaración de su plan de salud que documente que los beneficios se han agotado.

## ¿Cómo sabré si me han aprobado para el CSP?

Bassett Medical Center le enviará una carta en un lapso de 30 días después de que usted haya completado y enviado toda la documentación necesaria, informándole de nuestra determinación con respecto a su solicitud. Una solicitud para el CSP aprobada causa un embargo preventivo a favor de Bassett Medical Center contra los beneficios de cualquier juicio por lesiones personales o reclamo relacionado con los servicios del hospital detallados en la solicitud, pero solamente hasta el monto del beneficio que reciba de CSP.

## ¿Puedo apelar la denegación del CSP?

La denegaciones del CSP se pueden apelar en un plazo de 30 días a partir de la fecha de denegación, presentando una declaración de apelación por escrito junto con los documentos de respaldo, que debe enviarse a:

**Community Services Program**  
**Attention: CSP Appeals Dept. /Bassett Healthcare**  
**One Atwell Road**  
**Cooperstown, NY 13326**

## ¿Qué otros programas hay disponibles?

Nueva York tiene diversos programas de seguro patrocinados por el gobierno, entre otros, Medicaid, Child Health Plus, Healthy NY y Prenatal Care Assistance (PCAP). Encontrará información y una lista completa de los programas disponibles en <http://www.health.state.ny.us>. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para informarse sobre estos programas. Puede obtener información acerca de los planes de salud ofrecidos a través de The Marketplace en:

<http://www.nystateofhealth.ny.gov>, o por teléfono al 1-855-5777 (llamada gratuita).

## ¿Con quién me comunico para obtener más información?

Puede descargar la solicitud en [www.bassett.org](http://www.bassett.org); haga clic en “Financial Assistance” (Asistencia financiera) y seleccione el establecimiento adecuado de la Red de Bassett Healthcare. Póngase en contacto con los representantes de cuentas de Bassett Medical Center, al (607)-547-3480 o al 1-(800)-642-0455 (llamada gratuita) para obtener más información o para inscribirse. Debe enviar la solicitud completa con los materiales de respaldo a:

**Community Services Program**  
**Bassett Medical Center**  
**One Atwell Road**  
**Cooperstown, NY 13326**

# SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA MEDIANTE EL PROGRAMA DE SERVICIOS COMUNITARIOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL (marque uno con un círculo): Casado Soltero Divorciado Viudo Separado de hecho (debe proporcionar comprobantes)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

EMPLEADOR (Solicitante): \_\_\_\_\_

EMPLEADOR (Cónyuge, si corresponde): \_\_\_\_\_

TAMAÑO DEL HOGAR (incluido el solicitante): \_\_\_\_ INGRESOS DEL HOGAR ANTES DE IMPUESTOS: (últimos 6 meses) \$ \_\_\_\_\_

EDAD DE LOS HIJOS: \_\_\_\_\_

VERIFICACIÓN DE INGRESOS:  Recibo(s) de sueldo  Declaración de impuestos  Declaraciones de beneficios

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**\*Debe suministrar copias de los recibos de sueldo, las declaraciones impuestos federales y estatales actuales, declaraciones de beneficios o documentación de otros ingresos con su solicitud.**

SEGURO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR U OTRO SEGURO:

¿Tienen usted o su cónyuge acceso a seguro médico patrocinado por el empleador?  SÍ  NO

Si la respuesta es "Sí", costo mensual estimado del seguro médico patrocinado por el empleador/otro: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", nombre, dirección y número de teléfono del empleador/otra agencia que ofrece el seguro médico: \_\_\_\_\_

**\*Adjunte documentación de respaldo que compruebe los costos, las opciones disponibles y su inscripción.**

RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD:

¿Ha iniciado un proceso judicial u otro reclamo por estos servicios, o tiene pensado entablar un pleito o reclamo?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", suministre el nombre y la dirección del abogado: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de las personas responsables: \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es cierta y completa, a mi leal saber y entender. Presentaré todas las solicitudes pendientes de asistencia o cobertura de terceros (Medicaid, Medicare, seguros, etc.) que pudiera estar a mi disposición para el pago de estos gastos médicos o del hospital. Tomaré toda acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia, y cederé y transferiré al hospital todo beneficio (pero solo hasta cubrir mis gastos de hospital o gastos médicos) pagado por las coberturas de terceros, sin tener en cuenta cuándo se reciban dichos pagos. Por este medio, el solicitante autoriza a Bassett Medical Center para que lleve a cabo una investigación razonable sobre la disponibilidad de un seguro médico patrocinado por el empleador, incluida la posibilidad de comunicarse con el empleador del solicitante.

Mediante esta solicitud, concedo un embargo preventivo a favor de Bassett Medical Center por los beneficios de reembolso que me paguen a mí, o en mi nombre, o en beneficio del paciente, como consecuencia de cualquier acción civil, arbitraje o reclamo relacionado con estos gastos. No obstante, dicho embargo solo se limitará al monto de estos costos o el reembolso, el que sea menor.

Si posteriormente se determina que la información que he suministrado en relación con esta solicitud es incorrecta o incompleta, se reevaluará si reúno los requisitos para el Programa de servicios comunitarios, basándose en la información correcta o adicional, y se me podrá considerar responsable del pago de los servicios que anteriormente hubiese considerado que reunían los requisitos, de acuerdo con el Programa de servicios comunitarios.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Bassett Healthcare Network