



Business Office/Patient Accounts
 Wynn Hospital
 111 Hospital Drive, Utica, NY 13502

**SOLICITUD/DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA
 PROGRAMA A**

Directrices financieras: Los activos de los pacientes que no son necesarios para la subsistencia pueden considerarse en la capacidad para pagar los servicios junto con los pasivos. Las siguientes pautas son efectivas el 2do de marzo del 2026:

TAMAÑO DE LA FAMILIA	PAUTAS FEDERALES DE POBREZA	PAUTAS DE POBREZA DE NYSMEDICAID	DIRECTRICES DEL PLAN ESENCIAL DE NYS
1	\$15,960	\$22,025	\$31,920
2	\$21,640	\$29,864	\$43,280
3	\$27,320	\$37,702	\$54,640
4	\$33,000	\$45,540	\$66,000
5	\$38,680	\$53,379	\$77,360
6	\$44,360	\$61,217	\$88,720
7	\$50,040	\$69,056	\$100,080
8	\$55,720	\$76,894	\$111,440

Para hogares con más de ocho (8) miembros, agregue \$5,860 por cada miembro adicional. Las pautas federales de nivel de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son establecidas por el Departamento de salud y servicios humanos y pueden encontrarse en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

Para los efectos de esta política, el tamaño de la familia se interpretará para incluir a los miembros que aparecen en la declaración de impuestos más reciente. Las circunstancias atenuantes se revisarán caso por caso.

Asistencia financiera: Después de que se determina elegibilidad, debe utilizarse el siguiente programa de tarifa proporcional según la tasa contratada de nuestro pagador de volumen más alto para determinar el monto aprobado para desgravar como Asistencia financiera.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	% de nivel de pobreza			Ingreso Familiar		
	0 - 250% 1er Nivel		251% - 350% 2do Nivel		351% - 400% 3cer Nivel	
1	\$0	- \$39,900	\$39,901	- \$55,860	\$55,861	- \$63,840
2	\$0	- \$54,100	\$54,101	- \$75,740	\$75,741	- \$86,560
3	\$0	- \$68,300	\$68,301	- \$95,620	\$95,621	- \$109,280
4	\$0	- \$82,500	\$82,501	- \$115,500	\$115,501	- \$132,000
5	\$0	- \$96,700	\$96,701	- \$135,380	\$135,381	- \$154,720
6	\$0	- \$110,900	\$110,901	- \$155,260	\$155,261	- \$177,440
7	\$0	- \$125,100	\$125,101	- \$175,140	\$175,141	- \$200,160
8	\$0	- \$139,300	\$139,301	- \$195,020	\$195,021	- \$222,880

COST SHARE FOR EACH ACCOUNT

Service Line	Tier 1 (0-250%)	Tier 2 (250-350%)	Tier 3 (350-400%)	Tier 4**** (400%+)
Acute Hospital Inpatient Psych Services				
Inpatient Psych (1 Day)	\$ -	\$ 100	\$ 200	
Inpatient Psych (2 Days)	\$ -	\$ 200	\$ 400	
Inpatient Psych (Greater than 3 Days)	\$ -	\$ 300	\$ 600	
Acute Hospital Inpatient Services				
Inpatient Services - Charges greater than \$15,000	\$ -	\$ 300	\$ 600	
All Other Inpatient Services	\$ -	\$ 200	\$ 400	
Observation Hospital Services	\$ -	\$ 45	\$ 90	
Emergency Hospital Services	\$ -	\$ 10	\$ 20	
Ambulatory Surgery Services*	\$ -	\$ 50	\$ 100	
Therapy Services				
Occupational Therapy	\$ -	\$ 10	\$ 20	
All other Therapy (Speech, Physical, Audiology, Cardiac Rehab)**	\$ -	\$ 5	\$ 10	
Radiology Services				
MRI Services (Revenue Code 610,611)	\$ -	\$ 100	\$ 200	
Radiology Services (Revenue Codes 920, 351, 350, 341, 343)	\$ -	\$ 20	\$ 40	
Hospital Office Visit (G0463/Professional Billing Office Visit)	\$ -	\$ 10	\$ 20	
All other services not represented above***	\$ -	\$ -	\$ -	

Medical Bills
(Medicaid Covered
Services) above 10% of
Annual Income may
be forgiven through
Financial Assistance
Process

• The definition for Ambulatory Surgery is any services incurred within the Operating Room, Invasive Radiology, Electrophysiology and Cath Lab departments. Excluded Services in Ambulatory Service departments is Tilt Table (CPT: 93660)

••Exclude Hearing Aids

•••Exclude departments requiring manual review (ie. Infusion Center, Professional Billing Obstetrics/Surgery/Hospital Services)

•••• Tier 4 is a manual review and requires 3 months of current pay stubs and most recent Tax Return

Notice: The above grid shows the specificity of how Financial Assistance is evaluated. Services are evaluated from Top to bottom and will stop on the grid when qualified.

For example:

Radiology Services part of an Inpatient Service will apply the Inpatient Services FA Tiers