



**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE**

Mary T. Bassett, MD, MPH
Commissioner

Estimado(a) paciente:

El motivo de esta carta es informarle que es posible que el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York le pida información sobre el seguro médico o cobre una tarifa por los servicios de vacunación de adultos (mayores de 19 años de edad). El Departamento de Salud debe pedir la información del seguro o el pago de los servicios para cumplir con los estándares de Medicaid y otros requisitos legales.

- Si tiene seguro médico, consulte la **Sección A**.
- Si no tiene seguro médico, consulte la **Sección B**.

**Si no tiene seguro médico o no puede pagar la tarifa, aún recibirá los servicios.
Todas las personas recibirán los servicios.**

Para obtener más información sobre facturación, visite nyc.gov/health y busque "clinic billing FAQ" (preguntas frecuentes sobre facturación de las clínicas) o llame al 311 y pregunte por la "facturación de servicios clínicos del Departamento de Salud". Si tiene alguna duda, pregunte al personal de la clínica.

Atentamente,

Mary T. Bassett, MD, MPH
Comisionada

A. Si tiene seguro médico, pero no trajo su tarjeta del seguro: Llene este formulario en casa y envíelo a la dirección de correo que aparece abajo.

Sírvanse facturar mi visita al seguro médico que se indica a continuación:	
Nombre del seguro médico:	_____
Dirección del seguro médico:	_____
Número de teléfono del seguro médico:	_____
ID del seguro: _____	N.º de grupo: _____
Si recibe la cobertura de seguro a través de su cónyuge, uno de sus padres u otra persona:	
Nombre del titular de la póliza: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Relación con el asegurado: () Cónyuge () Padre/madre () Otros	
Firma: _____	Fecha: _____

B. Si no tiene seguro médico: Use la escala móvil.

1. En la columna "Tamaño de la familia", encuentre el número de miembros de la familia que viven en su casa, incluido usted.
2. Busque HORIZONTALMENTE y encuentre su ingreso anual. No se le pedirá constancia del tamaño de la familia ni del ingreso anual.
3. Busque en la parte de ABAJO de esa columna el monto que debe pagar.
4. Gire un cheque o giro bancario (no dinero en efectivo), pagadero a **NYC Department of Health and Mental Hygiene**.
5. Incluya el **nombre del paciente, la fecha de la visita y el número de identificación del paciente** (se encuentra en la primera página de esta carta) en el cheque o giro bancario. Debe enviar el pago a la dirección que se indica abajo.

Escala móvil

Tamaño de la familia	Ingreso anual					
	1	Menos de \$16 643	\$16 643 a \$18 093	\$18 094 a \$30 150	\$30 151 a \$36 180	\$36 181 a \$48 240
2	Menos de \$22 411	\$22 411 a \$24 360	\$24 361 a \$40 600	\$40 601 a \$48 720	\$48 721 a \$64 960	Más de \$64 960
3	Menos de \$28 180	\$28 180 a \$30 630	\$30 631 a \$51 050	\$51 051 a \$61 260	\$61 261 a \$81 680	Más de \$81 680
4	Menos de \$33 948	\$33 948 a \$36 900	\$36 901 a \$61 500	\$61 501 a \$73 800	\$73 801 a \$98 400	Más de \$98 400
5	Menos de \$39 716	\$39 716 a \$43 170	\$43 171 a \$71 950	\$71 951 a \$86 340	\$86 341 a \$115 120	Más de \$115 120
6	Menos de \$45 485	\$45 485 a \$49 440	\$49 441 a \$82 400	\$82 401 a \$98 880	\$98 881 a \$131 840	Más de \$131 840
7	Menos de \$51 253	\$51 253 a \$55 710	\$55 711 a \$92 850	\$92 851 a \$111 420	\$111 421 a \$148 560	Más de \$148 560
Tarifas	\$0	\$3.57	\$7.14	\$10.71	\$14.28	\$17.85

Ejemplos de la escala de tarifas:

- Una persona sola (tamaño de familia de 1) con un ingreso anual de \$28 000: debe pagar \$7.14.
- Una persona que vive con 3 hijos, el cónyuge y uno de los padres (tamaño de familia de 6), con un ingreso anual de \$85 000: debe pagar \$10.71.

De acuerdo con la escala móvil, el pago adjunto es de \$_____.

Envíe por correo el formulario lleno (A) o el pago (B) a:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
 Attn: Division of Finance
 42-09 28th Street, CN 32W
 Long Island City, NY 11101