

Directrices de organización (*Organizational Guidelines*)

<b>Title: Financial Assistance Policy</b>	
<b>Department: Revenue Cycle</b>	
<b>Area: Hospital Wide</b>	<b>Effective Date: November 1, 2015</b>
<b>Pages: 10</b>	<b>Date Last Revised/Reviewed:</b>
<b>Approved by: System CFO</b>	<b>Reference Number: ADM.045.08</b>
<b>Original Date Approved: November 1, 2015</b>	<b>Inactive Date:</b>

**Política de ayuda financiera**  
(*Financial Assistance Policy*)**Propósito**

La directriz del Hospital de Helen Keller o Red Bay es brindar los servicios de cuidado de la salud necesarios desde un punto de vista médico para pacientes que se encuentran en el área de servicio del hospital tal como lo define el Hospital de Helen Keller o Red Bay periódicamente. Con esta directriz, el Hospital de Helen Keller o Red Bay tiene la intención de establecer una política y procedimientos apropiados para su uso en circunstancias en las que, de conformidad con todas las leyes federales, estatales y locales, se ofrezca ayuda financiera a los pacientes del Hospital de Helen Keller o Red Bay que no tienen cobertura de seguro.

**Definiciones**

Para los fines de esta directriz / política, se aplican las siguientes definiciones:

- El Presidente de la Autoridad Sanitaria de la Ciudad de Huntsville nombra al "Comité de Caridad" y tiene la responsabilidad de supervisar la política de facturación y cobranza de pacientes que no tienen cobertura de seguro.
- "Por "cuidado de emergencia" se entenderá el cuidado o tratamiento para una condición de emergencia médica, según definición de la ley EMTALA.
- Por "EMTALA" se entenderá la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Sección 1395dd del Código 42 de los Estados Unidos).
- Por "cuidado necesario desde un punto de vista médico" se entenderá los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurador para afecciones físicas o mentales de conformidad con normas de cuidado de la salud reconocidas a nivel profesional y generalmente aceptadas cuando se brinden los servicios.
- Por "paciente" se entenderá un individuo que recibe cuidado en el Hospital de Helen Keller o Red Bay y la persona que es responsable del cuidado del paciente desde un punto de vista financiero.
- "Paciente sin cobertura de seguro" se define como una persona que no tiene cobertura de seguro o no es elegible para ningún programa del gobierno o privado que brinde cobertura para cualquiera de los servicios brindados y ya sea que:

Califique para cuidado de caridad como se define en el presente;

No califique para cuidado de caridad pero califique para un cierto descuento de sus cargos por servicios hospitalarios sobre la base de una evaluación sustantiva de su capacidad de pagar ("prueba de haberes", como por ejemplo ingresos totales, factura médica total, activos, pagos de hipoteca, servicios públicos, número de miembros de la familia, consideraciones por incapacidad, etc.; o

Tiene ciertos medios para pagar pero califica para un descuento sobre la base de esta política.

**Política para cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico**

## Directrices de organización

1. Esta política se aplica a todo cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico brindado en la instalación de cuidado agudo para paciente hospitalizado o ambulatorio, lo que incluye salud conductual, y se aplica a todo el cuidado de este tipo brindado en las instalaciones del hospital por una entidad sustancialmente relacionada según lo definido en la Sección 1.501(r)-1(b)(28) de las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo el Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada. Esta política no se aplica a arreglos para pago para procedimientos electivos según definición del Hospital de Helen Keller o Red Bay o para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios.
2. La política del Hospital de Helen Keller o Red Bay es brindar cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico a pacientes sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar. Estando esto sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación, los pacientes que no tienen cobertura de seguro que no tienen los medios para pagar por servicios brindados en las instalaciones del Hospital de Helen Keller o Red Bay pueden solicitar que se les considere para recibir ayuda financiera según los términos de la política de ayuda financiera. Los criterios de elegibilidad para ayuda financiera y los procedimientos para recibir ayuda financiera presentados en esta política de ayuda financiera tienen como propósito el asegurar que tendremos los recursos financieros necesarios para cumplir con nuestro compromiso de brindar cuidado a los pacientes con la mayor necesidad financiera.
3. De conformidad con la ley EMTALA, el Hospital de Helen Keller o Red Bay brindará un examen médico apropiado a todo individuo, sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar, que solicite tratamiento para una posible afección médica de emergencia. Si, después de un examen médico apropiado, el personal del Hospital de Helen Keller o Red Bay determina que el individuo presenta una afección médica de emergencia, el Hospital de Helen Keller o Red Bay suministrará los servicios, en la medida de la capacidad de su instalación, necesarios para estabilizar la afección médica de emergencia del individuo, o realizará una transferencia apropiada, según lo define la ley EMTALA.

## Principios

1. Todas las prácticas de facturación y cobranza reflejarán nuestro compromiso de tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
2. De conformidad con la misión y los valores del Hospital de Helen Keller o Red Bay, estas políticas reflejan nuestro compromiso de brindar ayuda financiera a pacientes que no pueden pagar por parte o todo el cuidado que reciben, a la vez que se tiene presente la capacidad del Hospital de Helen Keller o Red Bay de brindar el cuidado.
3. Cuando sea posible, el Hospital de Helen Keller o Red Bay ayudará a los pacientes a obtener cobertura médica de fuentes privadas o públicas, como por ejemplo Medicaid u AllKids.

## Directrices

El Hospital de Helen Keller o Red Bay garantiza que:

1. Sus empleados y agentes se comportan de una manera que refleja las políticas y valores del Hospital de Helen Keller o Red Bay, lo que incluye tratar a los pacientes y a sus familiares con dignidad, respeto y compasión.
2. A los pacientes que no califican para cuidado de caridad pero necesitan ayuda financiera se les ofrece una ampliación apropiada de las condiciones de pago u otras opciones de pago que toman en consideración la condición financiera del paciente.

3. Se trata de cobrar los saldos pendientes de pago en las cuentas de los pacientes imparcial y coherentemente, de una manera que refleja los valores y compromisos de nuestro hospital en la comunidad a la que sirve.
4. Hay asesores financieros a la disposición de todos los pacientes.
5. Las políticas de ayuda financiera se aplican de manera coherente a todos los pacientes.
6. Se compara la ayuda financiera para los pacientes individuales con la responsabilidad más amplia del hospital de mantener sus puertas abiertas para todas las personas que puedan necesitar atención en la comunidad.
7. A los pacientes y familiares se les informará cuál es su responsabilidad financiera, sobre la base de su capacidad individual de pagar.

### **Medidas para dar amplia publicidad a la política de ayuda financiera del Hospital de Helen Keller o Red Bay en la comunidad**

1. Se informa a los pacientes y a sus familias acerca de las políticas del hospital aplicables, inclusive el cuidado de caridad y la disponibilidad de ayuda financiera sobre la base de la necesidad económica en términos fáciles de comprender, así como en cualquier idioma usado comúnmente por los pacientes en la comunidad.
2. Se coloca información, inclusive un resumen de esta política en lenguaje sencillo, en las áreas de admisión y en todas las áreas de registro, inclusive la sala de emergencias, acerca de las políticas de ayuda financiera y cuidado de caridad.
3. A los pacientes se les ofrece una copia del resumen de esta política en lenguaje sencillo como parte del proceso de registro.
4. Los pacientes pueden llamar al Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes del Hospital de Helen Keller o Red Bay al (256) 386-4385 o (256) 386-4006 de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 4:30 p.m., para confidencialmente hacer preguntas acerca de la ayuda financiera después de que se les dé de alta y para solicitar que se les envíe por correo una copia de esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera (que se adjunta al presente como Anexo A) a la dirección de su hogar sin cargo alguno.
5. Esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera pueden encontrarse en línea accediendo al siguiente enlace:  
  
[helenkeller.com/getpage.php?name=Charity Policy &sub=Bill+Pay](http://helenkeller.com/getpage.php?name=Charity Policy &sub=Bill+Pay)
6. Los estados de cuenta contienen un aviso conspicuo por escrito que informa a los destinatarios que hay disponible ayuda financiera, y suministran el número de teléfono del Departamento de Servicios Financieros para los pacientes del Hospital de Helen Keller o Red Bay de manera que los destinatarios puedan hacer preguntas acerca de la ayuda financiera y dirige a los destinatarios a la dirección de Internet directa donde pueden encontrar esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud.

### **Descuento para los pacientes que no tienen cobertura de seguro**

1. El Hospital de Helen Keller o Red Bay brindará cuidado necesario desde un punto de vista médico gratis por medio de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y pacientes

- ambulatorios (inclusive servicios en la sala de emergencias) a pacientes que no tienen cobertura de seguro con niveles de ingresos familiares equivalentes al 200% del nivel federal de pobreza o menos. La política de cobranza del proveedor de servicios será de no cobrar a los pacientes por monto alguno.
2. El Hospital de Helen Keller o Red Bay basará la responsabilidad de los pacientes que no tienen cobertura de seguro con niveles de ingresos familiares de menos del **400%** del nivel federal de pobreza (1) descontando la factura del paciente que no tiene cobertura de seguro a lo que Medicare pagaría por los servicios a pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de clínicas médicas (Parte B), y descontar hasta un 50% de los cargos facturados todos los procedimientos o servicios para los que no existe un pago por Medicare, y (2) después de estos descuentos mencionados en (1), aplicar al saldo restante el descuento mencionado en el párrafo de Procedimiento de ayuda financiera (5) a continuación. Favor de también ver "Limitaciones de los montos facturados usualmente" más adelante.
  3. Esta política no es aplicable a médicos, miembros de la familia inmediata de un médico (como se define en la Sección 417.351 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, en su forma enmendada) ni a ningún paciente que sea una fuente de derivación al Hospital de Helen Keller o Red Bay.
  4. Esta política se aplica solamente a servicios como paciente hospitalizado, paciente ambulatorio o de sala de emergencias y no se aplica a honorarios profesionales, a menos que dichos honorarios sean por servicios brindados por un médico empleado por el Hospital de Helen Keller o Red Bay.
  5. Cuando así se solicite, los pacientes que no tienen cobertura de seguro elegibles para los descuentos descritos en esta política deben llenar una solicitud para la participación en Medicaid o para la cobertura por otros programas gubernamentales de pago.
  6. Un paciente que incurra en gastos médicos catastróficos se clasifica como indigente desde un punto de vista médico cuando el pago exija la venta de activos esenciales para la vida o cause una dificultad financiera excesiva al sistema de apoyo familiar. El Comité de Caridad determinará los descuentos para los pacientes indigentes desde un punto de vista médico caso por caso.
  8. El Comité de Caridad considerará otros descuentos no cubiertos por esta política caso por caso.

### Procedimiento de ayuda financiera

1. El personal del hospital entregará a los pacientes el resumen de la política de ayuda financiera en lenguaje sencillo y una solicitud para ayuda financiera del Hospital de Helen Keller o Red Bay, una vez que se haya identificado al paciente como un paciente que no tiene cobertura de seguro. El momento de la entrega de esta Política y de la Solicitud de ayuda financiera dependerá de si la identificación se hace cuando se prestan los servicios, durante el proceso de facturación o durante la cobranza. El paciente que no tiene cobertura de seguro debe llenar la solicitud de ayuda financiera y suministrar la información descrita en el párrafo (2) más adelante. Una vez que el paciente haya llenado la solicitud, el personal del hospital examinará la solicitud y la comparará con los criterios de elegibilidad. El paciente que no tiene cobertura de seguro suministrará al Hospital de Helen Keller o Red Bay documentación que respalde la información sobre su nivel de ingresos.
2. En la evaluación de la necesidad de ayuda financiera del paciente que no tiene cobertura de seguro, el personal del Hospital de Helen Keller o Red Bay puede examinar los formularios W-2 de retención fiscal del paciente que no tiene cobertura de seguro, la verificación escrita del salario suministrada por el empleador y la verificación por escrito de una agencia de beneficencia pública o de otra agencia gubernamental certificando el nivel de ingresos del

paciente así como la verificación de cuentas bancarias y activos. Cuando así se solicite, una paciente que no tenga cobertura de seguro debe suministrar la documentación razonablemente necesaria para verificar los ingresos del paciente que no tiene cobertura de seguro.

3. El personal del Hospital de Helen Keller o Red Bay usará la información sobre el nivel federal de pobreza disponible para el año civil de la solicitud para determinar la elegibilidad del paciente que no tiene cobertura de seguro para recibir ayuda financiera.
4. Si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad, el paciente debe firmar una declaración de certificación que verifique el nivel de ingresos familiar. El personal del Hospital de Helen Keller o Red Bay puede comunicarse con el patrón del paciente, de haberlo, para verificar el nivel de ingresos del paciente que no tiene cobertura de seguro o puede solicitar documentación de ingresos adicional.
5. El Hospital de Helen Keller o Red Bay calculará la responsabilidad financiera de un paciente que no tiene cobertura de seguro sobre la base de los ingresos familiares del paciente que no tiene cobertura de seguro usando el cuadro que se incluye a continuación y los párrafos 2 y 3 de la sección "Descuento para los pacientes que no tienen cobertura de seguro" anterior.

<b>Paciente que no tiene cobertura de seguro (aseguranza)</b>	
<b>Directrices para la ayuda financiera</b>	
<b>Nivel de ingresos (del NFP)</b>	<b>Descuento</b>
0 –200%	100% de la tarifa de Medicare
201% - 250%	50% de la tarifa de Medicare
251% - 300%	40% de la tarifa de Medicare
301% - 350%	25% de la tarifa de Medicare
351% - 400%	15% de la tarifa de Medicare

6. La ayuda financiera a pacientes que no tienen cobertura de seguro que se ofrece según los términos de esta política está sujeta a examen por el Director de Servicios Financieros para los Pacientes del Hospital de Helen Keller o Red Bay para garantizar el cumplimiento de esta política.

**Limitación en los montos facturados usualmente**

Sin perjuicio del cuadro anterior, cuando se otorga ayuda financiera que no cubre el 100% de los cargos por el servicio, los montos que se cobrarán a los pacientes elegibles para el cuidado con descuento no serán mayores de los montos usualmente facturados por el Hospital de Helen Keller o Red Bay a los pacientes amparados por el método de "pago prospectivo de Medicare" del Servicio de Rentas Internas, que es el monto que el Hospital de Helen Keller o Red Bay esperaría recibir de pacientes que tienen cobertura de seguro bajo Medicare.

**Medidas bajo la política de cobranzas en caso de falta de pago**

Las medidas que el Hospital de Helen Keller o Red Bay puede tomar en cuanto a la falta de pago por parte de un paciente que puede pagar por servicios, inclusive medidas de cobranza y reporte a agencias de crédito, se explican en la política de cobranza del Hospital de Helen Keller o Red Bay en vigor a partir del 1ro de enero del año 2005, la que puede encontrarse en [huntsvillehospital.org](http://huntsvillehospital.org).

**Notificación de determinación de la elegibilidad**

1. Se debe suministrar directrices claras en cuanto al tiempo requerido para el examen de la solicitud y para comunicar una decisión al paciente cuando se presente la solicitud. Se

suministrará una respuesta rápida y una decisión por escrito, la que brindará una razón de la negativa, usualmente en un plazo de 30 días de cuando se haya recibido la solicitud llenada.

2. Se suspenderán las medidas de cobranza extraordinarias durante la consideración de una solicitud de cuidado de caridad llenada. Antes de su colocación con una agencia, se ingresará una nota en la cuenta del paciente relacionada con el cuidado de caridad para que se suspenda la actividad de cobranza. Si la cuenta se ha colocado con la agencia, se notificará a la agencia por teléfono para que suspenda los esfuerzos de cobranza hasta que se haya hecho una determinación. Si la determinación de cuidado de caridad permite la reducción de un porcentaje pero deja al paciente con un saldo que el paciente mismo debe pagar, se establecerán condiciones de pago sobre la base de los ingresos disponibles.

### **Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para ayuda financiera antes de medidas de cobranza extraordinarias.**

Sin perjuicio de cualquier otra disposición de cualquier otra política del Hospital de Helen Keller o Red Bay pertinente a asuntos de facturación y cobranza, inclusive la política de cobranza a la que se hizo referencia anteriormente, el Hospital de Helen Keller o Red Bay no tomará medidas de cobranza extraordinarias antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un individuo que adeuda el monto de una factura del Hospital de Helen Keller o Red Bay es elegible para recibir ayuda financiera bajo los términos de esta política de ayuda financiera.

Como se usa en el presente documento, el término “medidas de cobranza extraordinarias” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas internas e incluye la venta de la deuda del paciente a otra parte (con excepciones limitadas); el reporte de información adversa a agencias de reporte de información del consumidor o agencias de crédito; la prórroga, denegación o exigir pago antes de brindar cuidado necesario desde un punto de vista médico sobre la base de la falta de pago previa; y acciones legales, como la imposición de un embargo sobre una propiedad, el embargo o confiscación de cuentas bancarias, acciones civiles, arresto, orden de arresto o embargo de sueldos.

De la manera que se usa en este documento, el término “esfuerzos razonables” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Para cumplir con esta obligación, el Hospital de Helen Keller o Red Bay:

- Garantizará que esta política se haya “difundido ampliamente” (en el sentido de las normas)
- Se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante por lo menos 120 días de la fecha del primer estado de cuenta por el cuidado después del alta
- Suministrará un aviso por escrito acerca de esta política (inclusive una copia del resumen en lenguaje sencillo, una declaración en cuanto a toda medida de cobranza extraordinaria que el hospital o un tercero autorizado tiene la intención de iniciar, y esfuerzos razonables de notificar al individuo verbalmente acerca de esta política) 30 días antes de iniciar cualquier medida de cobranza extraordinaria
- Aceptará solicitudes de ayuda financiera durante por lo menos 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta
- Notificará a individuos que presenten una solicitud incompleta durante el período de solicitud sobre cómo llenar la solicitud (y brindará información de contacto para la ayuda), y suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para estos individuos hasta que se haya determinado la elegibilidad
- Determinará si los individuos son elegibles cuando las solicitudes llenadas se presentan durante el período de solicitud de 240 días
- 

Luego, si se presenta una solicitud llenada durante el período de solicitud de 240 días, el Hospital de Helen Keller o Red Bay, de manera oportuna:

- Suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para obtener el pago del cuidado

- Hará una determinación en cuanto a la elegibilidad y notificará al individuo por escrito acerca de esta determinación (inclusive la ayuda para la que el individuo es elegible)
- Suministrará un estado de cuenta que indicará el monto adeudado y cómo se determinó este monto, en caso de que el individuo no sea elegible para el cuidado gratis
- Reembolsará los montos pagados que excedan el monto exigido por esta política
- Revertirá toda medida de cobranza extraordinaria (por ejemplo, retirará la información adversa del reporte de crédito)

El Hospital de Helen Keller o Red Bay garantiza que las agencias de cobranza que brindan servicios en nombre del Hospital de Helen Keller o Red Bay están enteradas de esta política de ayuda financiera y se ciñen a los requerimientos contenidos en el presente documento y en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada, con la firma de un Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza. Se adjunta al presente documento una copia de dicho Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza como Anexo B.

### **Lista de proveedores**

En el Anexo C adjunto a este documento se encuentra una lista de proveedores, que no son el Hospital de Helen Keller o Red Bay, que brindan cuidado de emergencia y otro cuidado necesario desde un punto de vista médico en las instalaciones del Hospital de Helen Keller o Red Bay, la que especifica qué proveedores están cubiertos por esta política de ayuda financiera y qué proveedores no lo están.

**Esta política de ayuda financiera también está disponible en **inglés**.**

**ANEXO A**

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

Nombre del paciente: Apellido \_\_\_\_\_ 1er nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2do nombre \_\_\_\_\_

Número(s) de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de admisión: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Estado civil: (*encierre una en un círculo*) casado en unión consensual soltero viudo divorciado separado ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social del cónyuge \_\_\_\_\_

Núm. del hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ del paciente

Dirección actual \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Condado: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo vive en su dirección actual? \_\_\_\_\_

Nombre y núm. de teléfono de un pariente que no viva en su hogar: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: M/D/A \_\_\_\_\_

Si está desempleado – última fecha en la que trabajó: \_\_\_\_\_ M/D/A - ¿Razón? \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: M/D/A \_\_\_\_\_

Si está desempleado – última fecha en la que trabajó: \_\_\_\_\_ M/D/A - ¿Razón? \_\_\_\_\_

Indique *TODAS* las cuentas bancarias (incluya el nombre y el núm. de cuenta):

Cuenta del paciente: \_\_\_\_\_ cheques \_\_\_\_\_ ahorros \_\_\_\_\_ otra \_\_\_\_\_

Cuenta del cónyuge: \_\_\_\_\_ cheques \_\_\_\_\_ ahorros \_\_\_\_\_ otra \_\_\_\_\_

Cuenta(s) de los niños menores de edad \_\_\_\_\_ cheques \_\_\_\_\_ ahorros \_\_\_\_\_ otra \_\_\_\_\_

Propiedades: Casa \_\_\_\_\_ Terreno \_\_\_\_\_ Auto (año y marca) \_\_\_\_\_

¿Está Alquilando \_\_\_ Comprando \_\_\_ Propietario \_\_\_ Viviendo con / y/o mantenido por alguien? \_\_\_ ¿quién? \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en su hogar \_\_\_\_\_ ¿Qué relación tienen con usted? \_\_\_\_\_

Indique las edades de sus hijos menores de edad que todavía viven en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Fue esto un accidente? \_\_\_\_\_ Naturaleza del accidente: \_\_\_\_\_ Fecha y lugar del accidente \_\_\_\_\_

Si estuvo involucrado indique:

Inf. sobre la póliza que paga los gastos médicos \_\_\_\_\_ Inf. sobre la póliza de seguro por responsabilidad civil \_\_\_\_\_

¿Ha alguna vez solicitado beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) / Subsidio del Seguro Social por Incapacidad? \_\_\_\_\_

¿Está el caso todavía abierto y hay una decisión pendiente? \_\_\_\_\_

¿Tiene a un abogado trabajando en su caso? \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_



**INGRESOS MENSUALES**

Salarios brutos / empleo (paciente) \_\_\_\_\_

Salarios netos después del pago de impuestos (paciente) \_\_\_\_\_

Salarios brutos /empleo (cónyuge) \_\_\_\_\_

Salarios netos después del pago de impuestos (cónyuge) \_\_\_\_\_

Salarios / sueldos brutos (padres) \_\_\_\_\_

Salarios netos después del pago de impuestos (padres) \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es un menor, favor de indicar los ingresos de ambos padres)

Monto del cheque del Seguro Social (paciente) \_\_\_\_\_

Monto del cheque del Seguro Social (cónyuge) \_\_\_\_\_

Monto del cheque del Seguro Social (menor) \_\_\_\_\_

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (indique el monto y quién los está recibiendo) \_\_\_\_\_

Indemnización diaria / hospitalaria \_\_\_\_\_

Ingresos de la Fuerzas Armadas, Reservas Militares, Administración de Veteranos \_\_\_\_\_  
inquilino \_\_\_\_\_

Seguro de ingresos por discapacidad a corto/largo plazo \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia de menores / cónyuge que recibe \_\_\_\_\_

Monto del cheque por desempleo \_\_\_\_\_

Monto del cheque por jubilación \_\_\_\_\_

Compensación por accidentes de trabajo \_\_\_\_\_

Ingresos de alquiler recibidos \_\_\_\_\_

Ayuda a familias con niños dependientes (AFDC)/Ayuda a familias \_\_\_\_\_

Estampillas de alimentos recibidas \_\_\_\_\_

Ayuda recibida de una iglesia \_\_\_\_\_

Otros ingresos/\$ recibidos \_\_\_\_\_

**INGRESOS MENSUALES**

**\*\*Si se comparten los gastos, sólo indicar su porción\*\***

Pago de alquiler o casa/casa móvil (tráiler) \_\_\_\_\_

Salarios netos después del pago de impuestos (paciente) \_\_\_\_\_

Servicios públicos \_\_\_\_\_ Gas \_\_\_\_\_ Agua \_\_\_\_\_

Monto de los alimentos \_\_\_\_\_ cuenta de teléf. \_\_\_\_\_

Pago del vehículo \_\_\_\_\_ Seguro del vehículo \_\_\_\_\_

Pago del vehículo \_\_\_\_\_ Seguro del vehículo \_\_\_\_\_

Pago de pensión de alimentos/del cónyuge \_\_\_\_\_

Costo de guardería / cuidado de menores \_\_\_\_\_

Educación / préstamos universitarios \_\_\_\_\_

Indique todas las primas de seguro que paga:

Seguro inmobiliario / seguro del

Seguro de salud: \_\_\_\_\_ Seguro de estudiante: \_\_\_\_\_

Seguro de vida / funerario: \_\_\_\_\_ Seguro de cáncer: \_\_\_\_\_

Gastos médicos y de médico \_\_\_\_\_  
(Pagos mensuales)

Costos de medicamentos de venta con receta \_\_\_\_\_  
(De su propio bolsillo)

Nombre de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ pago \_\_\_\_\_

Nombre de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ pago \_\_\_\_\_

Nombre del préstamo bancario: \_\_\_\_\_ pago \_\_\_\_\_

Otros gastos: \_\_\_\_\_ pago \_\_\_\_\_

Declaración del solicitante: Por el presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender y que ninguna información pertinente se ha ocultado u omitido de esta solicitud. Por el presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender y que ninguna información pertinente se ha ocultado u omitido de esta solicitud. Estoy dando al Huntsville Hospital permiso para acceder a mi expediente de crédito y para suministrar mi información financiera a aquellas compañías a las que el Huntsville Hospital ha contratado para programas financieros o de recuperación de producto para los que yo pueda calificar. Si hay alguna persona con la que usted quisiera permitirnos hablar en relación con el completar el proceso de la solicitud de ayuda financiera, por favor indique el nombre a continuación como persona designada en el espacio provisto.

Persona designada: \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente para la aprobación \_\_\_\_\_

FIRMA del paciente (o representante de la familia) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante de Medassist: \_\_\_\_\_ Asesor financiero: \_\_\_\_\_

ANEXO B

APÉNDICE AL ACUERDO DE SERVICIOS DE AGENCIA DE COBRANZA

---

## Apéndice al acuerdo de servicios de agencia de cobranza

\_\_\_\_\_ [el Hospital] y \_\_\_\_\_ [la Agencia de Cobranza], para mutua consideración reconocida por el presente, acuerdan, a partir de éste el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, enmendar el acuerdo actual de servicios de cobranza entre las partes de manera que incluya lo siguiente:

1. El [Hospital] ha adoptado una nueva política (la “política”) con el propósito de garantizar prácticas de facturación y cobranza socialmente justas para los pacientes [del Hospital] que no tienen cobertura de seguro.
2. Se ha suministrado una copia de la política a [la agencia de cobranza].
3. Estando esto sujeto al Párrafo 4 de este Apéndice, [la agencia de cobranza] se compromete a regirse por esta política en sus actividades relacionadas con la cobranza que tienen que ver con pacientes del [hospital] que no tienen cobertura de seguro. Dichas actividades incluyen pero no se limitan a las siguientes:
  - a. Todas las comunicaciones con cualquier paciente del [hospital] que no tenga cobertura de seguro o con personas con responsabilidad financiera a la que se haya remitido a [la agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital]; y
  - b. Todos los procedimientos judiciales, de cualquier tipo o naturaleza, contra un pacientes del [hospital] que no tenga cobertura de seguro o una persona con responsabilidad financiera a la que se haya remitido a [la agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital].
4. [La agencia de cobranza] se compromete a no apartarse de las normas y requerimientos establecidos en la política sin el consentimiento previo del [hospital] por escrito.
5. [La agencia de cobranza] se compromete a adherirse a las normas establecidas en la Sección 501(r).

## ANEXO C

### LISTA DE PROVEEDORES DE SERVICIOS

Keller EMS  
Northwest Alabama Emergency Physicians Group  
MedExpress Red Bay  
MedExpress Littleville  
Care Plus Medical Clinic  
Keller OBGYN  
Keller GYN  
Cloverdale Family Medical Clinic  
Olson Family Practice

**La lista de proveedores anterior se actualizó el 1ro de noviembre de 2015.**