

Política de asistencia financiera - Resumen en lenguaje simple

La política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Bay Area Hospital tiene el objetivo de brindarles a los pacientes una serie de opciones para cumplir con sus obligaciones económicas asociadas a los servicios prestados.

Las opciones de asistencia financiera son las siguientes:

- Reducción de la factura del hospital (HBR, por sus siglas en inglés) mediante el descuento de montos generalmente calculados (AGB, por sus siglas en inglés) (<http://www.bayareahospital.org/Financial-Services>).
- Descuento por el nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- Descuento para no asegurados (dirigido a pacientes que no reúnen los requisitos para el descuento de montos generalmente calculados). También debe incluir 2 meses de estados de cuenta bancarios completos junto con su comprobante de ingresos.
- Descuento por pronto pago

Elegibilidad para descuentos de reducción de factura del hospital: la elegibilidad para descuentos de HBR se considerará para las personas que no estén aseguradas, que el seguro no les cubra toda la factura, no son elegibles para ningún programa público de atención sanitaria y que no puedan pagar por su atención, basándose en la determinación de necesidad económica según esta política. La concesión de descuentos de HBR deberá hacerse basándose en una determinación individualizada de necesidad económica, y no debe considerarse edad, sexo, raza, estatus social, condición migratoria, orientación sexual o afiliación religiosa. La aprobación de descuentos de HBR cubre las cuentas actuales por los servicios cubiertos de conformidad con esta política con saldo adeudado. La aprobación de descuentos de HBR también se aplica a servicios cubiertos de conformidad con esta política durante doce meses desde la fecha de aprobación. Bay Area Hospital se reserva el derecho de pedir una solicitud de HBR nueva en cualquier momento. Para determinar la elegibilidad para el descuento de HBR, se evaluarán los ingresos de la familia, el tamaño de la familia y el nivel federal de pobreza del año calendario en curso. Los pacientes con familias cuyos ingresos familiares aplicables estén por debajo del nivel federal de pobreza correspondiente al tamaño de la familia se considerarán elegibles para los descuentos de HBR.

Servicios elegibles para HBR:

- Servicios de emergencia médica ofrecidos en el área del Departamento de Emergencias.
- Servicios por una afección que, si no se la tratara de inmediato, provocaría un cambio desfavorable en el estado de salud de la persona.
- Servicios no electivos prestados en respuesta a situaciones de riesgo de muerte en un área no perteneciente a la sala emergencias.
- Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a criterio de Bay Area Hospital.

Cómo solicitar la HBR: Se debe solicitar la HBR antes de recibir los servicios o antes de transcurridos doscientos cuarenta (240) días contados a partir de la fecha de envío por correo del primer estado de saldo del paciente. Las solicitudes de HBR podrán obtenerse en el hospital, en los departamentos de Acceso a Pacientes y de Cuentas de Pacientes; también se pueden imprimir desde www.bayareahospital.org; y además se incluyen en ciertos formularios de declaración del paciente. Podrá recibir más información sobre la solicitud en el Departamento de Cuentas de Pacientes del hospital.

A los solicitantes que reúnan los requisitos para el descuento de HBR no se les exigirá que paguen más que los montos generalmente calculados de los servicios elegibles (atención de urgencia u otro tipo de atención médica necesaria) recibidos. Los solicitantes que reciban la aprobación para el descuento de HBR también podrán acceder a otros descuentos según sus ingresos familiares como porcentaje de los niveles federales de pobreza actuales.

La política de asistencia financiera completa estará disponible gratis al público en www.bayareahospital.org/Financial-Services o, a pedido, en persona o por escrito, al llamar al departamento de cuentas de pacientes al (541) 269-8131. Hay copias disponibles en inglés y en español.

Los pacientes no elegibles para el descuento de HBR podrán reunir los requisitos para otros descuentos, tales como el descuento para no asegurados y el descuento por pronto pago. Para obtener más información detallada, comuníquese con el departamento de Cuentas de los Pacientes.

Asistencia financiera - Instrucciones para el formulario de solicitud de HBR

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como reducción de la factura del hospital) en el Bay Area Hospital.

El estado de Oregón exige que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Podrá reunir los requisitos para recibir atención médica gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios adecuados que proporciona Bay Area Hospital, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los gastos de atención médica, incluidos los servicios que otras organizaciones prestan.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Comuníquese con el Departamento de Cuentas de los Pacientes llamando al (541) 269-8131 para que lo ayuden a completar esta solicitud. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, lo que incluye asistencia por incapacidad y con el idioma.

Para que se procese su solicitud, usted debe:

- ☐ **Brindarnos información sobre su familia.**
Complete el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).
- ☐ **Proporcionarnos información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones).**
- ☐ **Brindarnos documentación para los ingresos familiares y la declaración de bienes.**
- ☐ **Adjuntar información adicional, de ser necesario.**
- ☐ **Firmar y colocar la fecha en el formulario.**

Aclaración: no tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de la solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene número de Seguro Social, marque "no corresponde" o "NA".

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: Bay Area Hospital, 1775 Thompson Road, Coos Bay, O 97420, a la atención de: Patient Accounts Department, o envíe un fax al (541) 269-8517. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para presentar la solicitud completa en persona: Departamento de cuentas de los pacientes, (541) 269-8131.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar sus obligaciones financieras y su información.

Queremos ayudarlo. ¡Envíe su solicitud de inmediato!
Podrá recibir facturas hasta que recibamos su información.

Asistencia financiera - Formulario de solicitud de HBR - confidencial

Complete toda la información en su totalidad. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el idioma preferido: _____
¿El paciente ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No Le podrán solicitar que presente una solicitud antes de considerarlo para recibir asistencia financiera.
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC? ☐ Sí ☐ No
En la actualidad, ¿el paciente no tiene hogar? ☐ Sí ☐ No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted esté calificado para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud y la documentación completa, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro (especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente (opcional*) *opcional, pero necesario para una asistencia más generosa, por encima de los requisitos de la ley estatal
Persona responsable del pago de la factura	Vínculo con el paciente	Fecha de nacimiento Número de Seguro Social (opcional*) *opcional, pero necesario para una asistencia más generosa, por encima de los requisitos de la ley estatal
Dirección de envío _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		Números de los contactos principales () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura ☐ Empleado (fecha de contratación: _____) ☐ Desempleado (por cuánto tiempo desempleado: _____) ☐ Trabajador autónomo ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro (_____)		

INFORMACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de los miembros de la familia que viven en su casa, incluido usted. La palabra "familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. **TAMAÑO DE LA FAMILIA** _____ Adjunte una página adicional, de ser necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo con el paciente	Si es mayor de 18 años: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se deben informar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo autónomo - Indemnización laboral - Incapacidad - Ingreso de Seguridad Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) - Manutención de hijos/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes)
 - Pensión - Distribuciones de la cuenta de jubilación - Otro (explique _____)

Bay Area Hospital

Asistencia financiera - Formulario de solicitud de HBR - confidencial

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

***RECUERDE:** debe incluir un comprobante de ingresos con la solicitud.*

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de los ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben informar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, usted podrá presentar una declaración por escrito firmada que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Los ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- una declaración de retención "W-2";
- recibos de sueldo actuales (3 meses);
- declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, que incluya los anexos, de corresponder;
- declaraciones escritas y firmadas de los empleadores u otros;
- aprobación/rechazo de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
- aprobación/rechazo de la elegibilidad para la indemnización laboral.

Si no tiene pruebas de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Primas del seguro \$ _____	Servicios públicos \$ _____
Otras deudas/gastos \$ _____	(manutención de niños, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN DE BIENES

Esta información podrá utilizarse si sus ingresos están por encima del 101% de los lineamientos federales de pobreza.

Saldo actual de la cuenta corriente \$ _____	¿Su familia tiene estos otros activos? <u>Marque todas las opciones que correspondan</u> ☐ Acciones ☐ Bonos ☐ 401K ☐ Cuentas de ahorro para la salud ☐ Fideicomisos ☐ Propiedad (excluyendo la residencia principal) ☐ Tener un negocio propio
Saldo actual de la caja de ahorro \$ _____	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Adjunte una página más si hay otra información sobre su situación financiera actual que desee que sepamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Bay Area Hospital podrá verificar la información al revisar la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado podrá ser la denegación de la asistencia financiera, y seré responsable de pagar por los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha