

**System****Política y Procedimiento**

---

<b>Título:</b>	Programa de Asistencia Financiera de Salud y Presunto	<b>Número:</b>	SY-PI-092
<b>Se aplica a:</b>	Registro de Pacientes	<b>Creada en:</b>	3/99
<b>Depto. de Emisión:</b>	Oficina de Registración	<b>Ultima Revisión:</b>	2/1/17
<b>Aprobado por:</b>	Shannon Hartke, MBA, FHFMA, Directora Corporativa de Servicios Financieros del Paciente		

---

**I. POLITICA**

En consonancia con la misión, visión, valores y plan estratégico de SIH, SIH considera que tiene la responsabilidad de cumplir con las necesidades financieras de los pacientes y de la comunidad que sirve que tenga la inhabilidad para pagar los servicios de salud. Esta política proporciona una guía para el cumplimiento de esta responsabilidad.

**II. DEFINICIONES**

ABE: Solicitud de Elegibilidad de Beneficios

ABN: Avisos al Beneficiario

AGB: Las cantidades que generalmente son facturadas por emergencia u otra atención médica necesaria a los individuos que tienen cobertura del seguro.

Factura: SIH utiliza avisos por correo y declaraciones detalladas para informar a los pacientes sobre el estado de su cuenta. Para los efectos de esta política, estos artículos no se consideran una factura.

Unión civil: Una relación legal entre dos personas, ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto, establecido en virtud a la Ley De Protección a la Libertad Religiosa de Illinois y la Ley de la Unión Civil

Servicios Cubiertos: Son definidos como emergentes o médicamente necesarios

ECA: Acciones Extraordinarias de Colección

Pauta Federal para Determinar el Índice de Pobreza: Las pautas federales para determinar el índice de pobreza son publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Consejero Financiero: Empleado de SIH que asiste a los pacientes con la resolución de su responsabilidad financiera, incluyendo la Asistencia Financiera de Salud.

Financieramente Indigente: Una persona sin seguro médico o con seguro médico insuficiente quien no tiene la capacidad de pagar por los servicios prestados

FPL: Nivel Federal de Pobreza

HAP ADD-ON Acct: Se refiere a la cuenta(s) que se identifican mientras una aplicación de HAP se encuentra en el proceso de revisión, y la solicitud original ha sido finalmente aprobada y las cuentas no estaban en la hoja de cálculo original de HAP.

HAP CDS: pantalla personalizada del Programa de Asistencia Financiera Meditech

Solicitud de Asistencia Financiera de Salud: Una solicitud que permite la recopilación de información para la consideración de asistencia financiera de salud (vea los ejemplos 1,2,3,4 y 5)

Programa de Asistencia Financiera de Salud (HAP): La asistencia financiera de salud proporcionada a los pacientes de Southern Illinois Healthcare que cumplen con los criterios para calificarse como Financieramente Indigentes, los pacientes Médicamente Indigente o paciente del hospital sin seguro médico de la Ley de Descuento

Indigente: individuo, quien no tiene un lugar estable a largo plazo para vivir, carece de una residencia fija, regular, y adecuada o reside en un refugio para desamparados.

Ley de Descuento del Hospital para Pacientes No Asegurados: SIH tiene hospitales rurales y de acceso crítico que están requeridos a ofrecer descuentos para los residentes de Illinois sin seguro médico cuyos ingresos familiares son menor que el 300% del FPL. El descuento es 100% menos el 135% del costo de la utilización de la relación entre el costo de los cargos de hoja C, Parte I desde el más reciente presentado.

Residente de Illinois: Una persona que vive en Illinois y que tiene la intención de seguir viviendo indefinidamente en Illinois

JCHD: Departamento de Salud del Condado de Jackson

Judicci: Un programa utilizado para la búsqueda de información pertinente respecto de las reclamaciones inmobiliarias

Medi: Un sistema de elegibilidad para Medicaid

Elegible para Medicaid: Una persona que se considere elegible para los beneficios médicos según lo determinado por el Sistema de Gestión Médica del estado de Illinois y evidente por Número de Identificación de Beneficiario (RIN)

Médicamente Indigente: Se refiere a un paciente cuya factura(s) del hospital, después de la aplicación de criterios financieramente indigentes, supera un determinado porcentaje de los ingresos anuales del paciente y que no está obligado a pagar el saldo restante de su cuenta(s)

La necesidad médica / Médicamente necesario: Servicios proporcionados que son razonables y necesarios

Parte en una unión civil: Una persona que ha establecido una unión civil en virtud de la libertad religiosa de Illinois

Ley de Protección de la Unión Civil; parte en un medio de unión civil, y está incluida en ninguna definición del uso del cónyuge términos, la familia, la familia inmediata, dependientes, familiares, y otros términos que denotan la relación conyugal

PFS: Servicios Financieros del Paciente

Representante PFS: SIH empleado que trabaja en el departamento de PFS y obtiene la documentación requerida para el procesamiento de Elegibilidad Presunta

Elegibilidad Presunta: El criterio utilizado para considerar que un paciente es elegible para la ayuda financiera en base a los lineamientos establecidos en esta política

Escrutinio: A los efectos de esta política, el escrutinio significa que no se requiere una solicitud de asistencia de salud completa.

SIH: Southern Illinois Healthcare

Sesenta (60) días: El número de días que no se facturará a un paciente o que la cuenta no será enviada a deudas recolectables / colecciones.

El ingreso anual total: La suma de los ingresos brutos anuales

Search America: Programa utilizado para obtener los resultados del de asistencia financiera que incluye tamaño de la familia de una persona, la propensión a pagar partitura y otra información financiera que se usa para determinar la elegibilidad presuntiva.

Paciente no asegurado: Un paciente de un hospital que no está asegurado por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un seguro público o privado de salud, beneficios de salud, u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud con deducibles altos, la remuneración del trabajador, seguro de responsabilidad accidente u otra responsabilidad civil

### **III. RESPONSABILIDADES**

- 1.0 Todo el personal está requerido a seguir la guía establecida dentro de esta política con respecto al cumplimiento y el procesamiento de todos los procedimientos de asistencia financiera.

### **IV. EQUIPOS/ MATERIALES**

- 1.0 El Sistema de Información del Hospital: Software de la computadora utilizado para registrar o escanear la información recibida o impresa en nombre de un paciente.(ChartMaxx, Meditech, AS400, Passport eCare Next)

### **V. PROCEDIMIENTO**

- 1.0. Compromiso a Proveer Atención Médica de Emergencia
  - 1.1. SIH proporciona, sin discriminación, el cuidado de condiciones médicas de emergencia a individuos independientemente de si son elegibles para recibir asistencia bajo esta política de HAP. Los hospitales de SIH no se involucrarán en acciones que desalienten a los individuos de buscar atención médica de emergencia tal como exigir que los pacientes del departamento de emergencia paguen antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de recolección de deudas que interfieran con la prestación, no discriminatoria, de la atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluyendo los traslados de emergencia, en conformidad con

EMTALA, son proporcionados a todos los pacientes de SIH de manera no discriminatoria, en conformidad con la política de EMTALA de cada hospital respectivamente.

## 2.0 Servicios Elegibles Para HAP

2.1 Esta política de HAP aplica a todos los cuidados de emergencia, y otros cuidados médicos necesarios, proporcionados por los hospitales de SIH mencionados a continuación, además de otros proveedores que ofrezcan atención médica de emergencia o cuidados médicos necesarios en instalaciones de SIH.

A. Adenda a esta política incluye una lista de todos los proveedores, en adición a SIH en sí mismo, que proporcionan cuidado médico de emergencia u otras atenciones médicas necesarias en hospitales de SIH, que especifica cuales proveedores están cubiertos por esta política y lo que no está cubierto.

1)Adenda A: Un listado actual de proveedores de SIH

2)Adenda B: Los proveedores de SIH que no están afiliados al Grupo Médico de SIH

B. La lista de proveedores se actualiza dos veces al año.

2.2 Esta política de HAP aplica a:

A. Memorial Hospital of Carbondale, 405 W Jackson, Carbondale, IL 62902, (618) 549-0721

B. Herrin Hospital, 201 S 14th Street, Herrin, IL 62948, (618) 942-2171

C. St. Joseph Memorial Hospital, 2 South Hospital Drive, Murphysboro, IL 62966, (618) 684 3156

## 3.0 Criterios de Elegibilidad para HAP

3.1 El Programa de Asistencia Financiera de Salud aplica a los pacientes que residen en Illinois

### 3.2 Financieramente Indigente

A. SIH clasifica como financieramente indigente a todos los pacientes cuyo ingreso es menor que o igual al 200% de las Pautas Federales para determinar el Índice de Pobreza, lo cual resulta en el 100% de asistencia financiera.

B. Asistencia Financiera Parcial es proporcionada, sobre una escala móvil, para aquellos pacientes cuyo ingreso es hasta 6 veces (600%) las Pautas Federales para determinar el Índice de Pobreza.

C. SIH utiliza las Pautas Federales para determinar el Índice de Pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Servicios Humanos de los Estados Unidos.

### 3.3 Médicamente Indigente

A. Para ser considerado para la clasificación de paciente Médicamente Indigente, la cantidad debida después de la aplicación Del Ajuste por Indigencia Financiera debe exceder veinticinco (25) por ciento de los ingresos anuales del paciente

B. Los pacientes clasificados como Médicamente Indigentes son responsables del pago esperado de Medicare reducido más por el porcentaje de ajuste por Indigencia Financiera.

- 3.4 En ningún año dado SIH recolectará más del 25% de los ingresos anuales de un paciente.
- 3.5 La Ley del Hospital de Descuento Para Pacientes No Asegurados
  - A. Pacientes no asegurados con ingresos anuales inferiores o iguales a 300% FPL. En virtud de la ley las facturas hospitalarias son descontadas 100% menos el 135% del costo.
- 3.6 Medicaid Fuera del Estado
  - A. Pacientes elegibles para Medicaid con cobertura fuera del estado en el que los hospitales de SIH no están involucrados.
- 3.7 Reservación de Derechos
  - A. Es la política de SIH, a sola discreción de SIH, de reservarse el derecho de limitar o denegar la asistencia financiera.

#### 4.0 Elegibilidad Presunta

4.1 SIH es responsable y depende en una fuerte cooperación con el paciente para aplicar Elegibilidad Presunta a un paciente sin seguro médico tan pronto como sea posible después del recibo de los servicios del hospital y antes de emitir una factura por esos servicios hospitalarios. (Ejemplo 8)

4.2 El personal designado es responsable de seguir las directrices establecidas en esta política con respecto al cumplimiento y procesamiento de todos los procedimientos de Elegibilidad Presunta.

4.3 SIH se reserva el derecho de proporcionar Asistencia de Elegibilidad Presunta y utilizar el siguiente criterio para determinar si un paciente es elegible sin más escrutinio del hospital.

- A. Indigencia
- B. Paciente fallecido sin bienes
- C. Mentalmente incapacitado con nadie quien actúe en su nombre
- D. Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o el servicio no está cubierto
- E. Los pacientes recibiendo los siguientes servicios automáticamente califican para el 100% de asistencia sin aplicación.
  - 1) Los pacientes con Medicaid con pago deducible (responsabilidad del paciente)
  - 2) Pacientes de Medicaid con cobertura secundaria a Medicare que reciben servicios requiriendo Avisos al Beneficiario (ABN)
  - 3) Pacientes de Medicaid determinados para la calificación para Medicaid después de los 180 días de aplicación oportuna.
  - 4) Pacientes de Medicaid recibiendo venopunción
  - 5) Pacientes con la cobertura de Medicaid en la fecha del servicio pero no en las fechas de comienzo del servicio empezando con el día del mes anterior a la fecha de servicio.
- F. Los pacientes que eligen tener procedimientos cosméticos electivos no están cubiertos bajo Elegibilidad Presunta.
- G. Residente de albergue sin cobertura de seguro.
- H. Las compañías de seguros insolvente bajo una directiva estatal de cesar y desistir.

- I. Víctimas de desastres naturales en los dieciséis (16) condados del sur determinados por la gerencia.
  - J. Los servicios prestados a través de clínicas gratuitas como Hands of Hope, Bridges Clinic y Abundant Health Services y/o Agencias que hayan agotado subsidios patrocinadas por el gobierno tal como JCHD-VIH
- 4.4 Las cuentas investigadas y aprobados para la Elegibilidad Presunta son ajustadas al 100% basado en los niveles de autoridad.
- 4.5 Las cuentas presuntas son revisadas para su aprobación a través de Search America
- 5.0 Proceso de la Solicitud de HAP
- 5.1 SIH requiere que cada paciente solicite para la asistencia financiera y complete una solicitud de HAP. (Ejemplo 1)
- A. Las cuentas son consideradas para la Solicitud de Salud después de que una investigación exhaustiva de otras fuentes de financiación indica que no hay cobertura (por ejemplo, Medicaid deniega coberturas, etc.).
    - 1) La falta de formulario de declaración o falta de cooperación del paciente no es considerada una negación válida.
  - B. Las cuentas que no pueden ser consideradas para el programa HAP.
    - 1) Aquellas que han sido aprobadas y enviadas para tomar acción legal.
    - 2) Las cuentas con deudas incobrables que exceden de 1 año de la fecha del servicio.
    - 3) Las cuentas que no han agotado otras vías de pago.
    - 4) Las cuentas que exceden 12 meses a partir de la fecha que la solicitud fue firmada y fechada.
    - 5) SIH se reserva el derecho a solicitarle al solicitante a continuar con ABE.
  - C. Las solicitudes de HAP pueden ser utilizadas para las cuentas elegibles por seis (6) meses desde la fecha en que la aplicación fue firmada y fechada.
- 5.2 Las instalaciones de SIH (Memorial Hospital de Carbondale, Herrin Hospital y Memorial Hospital San José) aceptan una copia de la Solicitud de HAP del SIH Medical Group. Se completa una revisión minuciosa.
- 1) SIH tiene el derecho de requerir información adicional cuando sea necesario.
  - 2) Las solicitudes recibidas del SIH Medical Group deben estar firmadas y fechadas dentro del período de seis (6) meses.
- 5.3 Las solicitudes son proporcionados por Consejeros Financieros, Representantes de la Cuenta del Paciente, otro personal designado, o en el sitio web libre de cargo.
- 5.4 Los Familiares Inmediatos:
- A. El número de personas en el hogar de un paciente adulto incluyen el paciente, su cónyuge y los dependientes.
  - B. El número de personas en el hogar de un paciente menor de edad incluyen al paciente, su madre y los dependientes de la madre del paciente y el padre del paciente y los dependientes del padre del paciente.

- C. Cualquier persona que figure en la declaración de impuestos como un dependiente es considerado parte de la familia inmediata.
- 5.5 Una parte de una unión civil tiene derecho a las mismas obligaciones legales, responsabilidades, protecciones y beneficios que son concedidas o reconocidas por la ley de Illinois a los cónyuges, si se derivan del estatuto, norma administrativa, política, derecho consuetudinario, o cualquier fuente de derecho civil o penal.
- 5.6 Para la determinación definitiva SIH puede:
- A. Utilizar los gastos mensuales y la información de los bienes muebles para la determinación final.
  - B. Pedir y revisar ingresos anuales, información de los bienes muebles y gastos sobre una base que varía de caso a caso.
  - C. Considerar en qué medida la persona tiene bienes muebles distintos de los ingresos que podría ser utilizado para satisfacer sus obligaciones financieras.
  - D. Solicitar información adicional durante la revisión de la Solicitud de Asistencia Financiera de Salud.
  - E. En virtud de HAP, la asistencia financiera no será negada basada en una falla del solicitante en proporcionar información o documentación no requerida por la política de HAP o la solicitud de HAP.
  - F. Un número de seguridad social no es requerido, pero ayudará en el proceso de la solicitud.
- 5.7 Verificación Del Ingreso
- A. SIH requiere que el paciente verifique el ingreso estipulado en la Solicitud de Asistencia Financiera de Salud.
  - B. Documentación para Verificar el Ingreso:
    - 1) El ingreso es verificado a través de cualquiera de los siguientes:
      - a) Forma W-2 del IRS y Declaración de Ingresos
      - b) Giro de los Cheques
      - c) Declaración de Impuestos
        - i. HAP no podrá ser considerada hasta que la declaración de impuestos sea completada a menos que haya suficiente documentación para verificar el ingreso o verificar que no hay una declaración de impuestos.
        - ii. Si el solicitante no posee copias de su declaración de impuestos pídale que contacte al IRS para obtener copias.
        - iii. En el evento de que una aplicación sea recibida en enero, febrero, o marzo y la declaración de impuestos no ha sido tramitada todavía, la declaración de impuestos del año pasado será aceptada.
        - iv. Para las solicitudes recibidas entre abril y diciembre la declaración de impuestos corriente es requerida.
      - d) Ingreso o carta de Seguridad Social
      - e) Carta de Compensación del Trabajador o Carta de Indemnización y Determinación por Desempleo
      - f) Verificación telefónica del ingreso bruto anual por el empleador.
      - g) Formas de salarios del empleado o estados de cuenta.

#### 5.8 Documentación No Disponible

A. Verifique el ingreso cuando el paciente no pueda proveer documentación

- 1) El paciente firma la Solicitud de Asistencia Financiera de Salud testificando la exactitud de la información del ingreso proporcionado.
- 2) El paciente firma la Solicitud de Asistencia Financiera de Salud testificando que no hay ninguna demanda legal pendiente por ninguna cuenta de la que está requiriendo asistencia.
- 3) Se requiere una explicación indicando la razón por la cual el paciente no puede proveer la documentación requerida verificando que el ingreso o gastos mensuales exceden el ingreso mensual listado y/o cómo los gastos están siendo pagados (Vea ejemplo 3).

5.9 Información Falsificada

- A. Falsificación de la información puede resultar en negación.
- B. Después de que la asistencia financiera es concedida a un paciente y se encuentra que la información proporcionada es falsa, la asistencia financiera es retirada.

5.10 Retención de Documentos

- A. SIH mantiene la solicitud del Programa de Asistencia Financiera de Salud por un período de siete (7) años desde la fecha de la solicitud.

5.11 Si se determina que el paciente no es elegible para HAP, el paciente será notificado de las razones de negación a través de una carta (Vea ejemplo 6 y 7)

6.0 Medidas para Publicar Ampliamente la Política de HAP

6.1 Notificación al Paciente del Programa de Asistencia Financiera de Salud

- A. Las notificaciones de Asistencia Financiera están situadas en todos los departamentos que registran a pacientes
  - B. SIH pondrá avisos en español e inglés sobre la disponibilidad de asistencia financiera
- 6.2 La página web de SIH publica notificaciones de asistencia financiera a través de Programa de Asistencia Financiera de Salud y aplicaciones tanto en inglés como en español.
- 6.3 La información en relación a HAP está disponible en todas las oficinas de registración y otras facilidades públicas dentro del hospital (puede ser solicitada libre de cargo).
- 6.4 El personal de registración informa al paciente de Programa de Asistencia Financiera de Salud, y ofrecen un resumen en un lenguaje simplificado.

7.0 Bases para Calcular Las Cantidades Cobradas a los Pacientes

- 7.1 Southern Illinois Healthcare dba: Memorial Hospital of Carbondale, Herrin Hospital, and San José, utilizan el método "Look-back" para determinar AGB.
- 7.2 El porcentaje de AGB es basado en un descuento agregado de cargos establecidos, aplicado a nuestra mezcla actual de servicios del paciente, de acuerdo con CMS y pagadores de tercera parte.
- 7.3 El público obtiene información sobre su AGB sin ningún costo y por escrito al contactar al Director de Finanza, Southern Illinois Healthcare al 618-457-5200 ext. 67200.



- 7.4 A un individuo elegible para HAP no se le cobrará más por emergencias u otros cuidados médicos necesarios que la cantidad que le es cobrada a individuos que poseen seguro médico para cubrir dichos cuidados.
  - 7.5 SIH no factura o espera pagos totales de los cargos cobrados a individuos que califiquen para asistencia financiera de acuerdo con esta política.
  - 7.6 SIH cobrará por saldos cuando menos del 100% sea aprobado.
- 8.0 Bases para Calcular Las Cantidades Reembolsados a Pacientes No asegurados.
- 8.1 Las cuentas se consideran para reembolsos según la Ley del Descuento Para el Paciente Sin Seguro Médico del Hospital de Illinois.
  - 8.2 SIH reembolsará los pagos de los pacientes con la aprobación de 100% de HAP o pagos que exceden la responsabilidad del paciente y aprobados a menos del 100%.
    - A. Por ejemplo:
      - 1) El paciente hace un pago de \$100
      - 2) La responsabilidad del paciente es \$100
      - 3) El paciente está aprobado para el 70% de HAP
      - 4) El Reembolso de \$30.00 se emite al paciente
  - 8.3 Los pacientes con una aprobación del 100% en o después del 1 de abril de 2016 serán revisados para obtener un reembolso.
- 9.0 Acciones Tomadas en Caso de Falta de Pago
- 9.1 Las acciones que SIH podría tomar en el evento de falta de pago son descritas en una política separada de Facturación y Colecciones. Miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política separada del departamento de SIH PFS contactando SIH al 1-800-457-1393.
- 10.0 Misceláneos
- 10.1 Ningún Efecto en Otras Políticas del Hospital
    - A. Esta política de Asistencia Financiera de Salud no altera o modifica otras políticas relacionadas a los esfuerzos de terceras partes en obtener pagos, traslado de pacientes o cuidado de emergencia.
  - 10.2 La Modificación de esta Política debe ser Aprobada por:
    - A. El Director Corporativo de Servicios Financieros del Paciente, Líder Oficial Financiero, Líder Oficial Ejecutivo, y la Junta de Directores.

## VI. DOCUMENTACION

- 1.0 Refiérase a los Ejemplos 1, 2, 3, 4 y 8 para la documentación que el paciente debe proporcionar.
- 2.0 Refiérase los Ejemplos 5, 6, y 7 para los documentos que deben ser completados por un Representante de Southern Illinois Healthcare.

## VII. CARGOS

N/A

Additional Approvals and Review/Revision Dates			
<b>Fechas de Revisión :</b>	5/04, 3/05, 6/05, 12/06, 1/07, 3/07, 10/12, 10/15		
<b>Fechas de Modificación:</b>	5/04, 8/04, 3/05, 6/05, 12/06, 1/07, 3/07, 4/08, 2/09, 5/10, 11/10, 2/11, 4/11, 10/11, 12/11, 3/12, 12/12, 4/13, 11/13 11/14, 2/15, 3/16, 11/16, 02/17		
<b>Sustituye:</b>	N/A		
<b>Aprobaciones Adicionales:</b>	<b><u>Nombre (letra de molde)</u></b>	<b><u>Título</u></b>	<b><u>Firma</u></b>
	Gene Basanta	Presidente de la Junta de Consejeros	
	Rex Budde	CEO	
	Mike Kasser	VP, CFO	
	Sharon Lee	Gerente, Registro de pacientes	
	Kassandra Gregory	Gerente, Servicios Financieros del paciente	

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902  
(618) 549-0721  
Ext. 64572  
Fax (618) 457-3004

Herrin Hospital  
201 S. 14th Street  
Herrin, IL 62948  
(618) 942-2171  
Ext 36458  
Fax (618) 988-6153

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966  
(618) 684-3156  
Ext. 5531  
Fax (618) 529-0539

SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-5200  
Ext. 67575  
Fax (618) 529-0562

Querido Paciente/Garante:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE UD. PUEDA RECIBIR ATENCION GRATUITA O CON DESCUENTO. Completando esta aplicación ayudará \_\_\_\_\_ a determinar si Ud. puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, envíe/entregue esta aplicación al hospital.

SI UD. NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR A LA ATENCION GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si Ud. califica para cualquier programa público.

Por favor complete esta aplicación y envíela al hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de alta o el recibo de atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fé proporcionando toda la información requerida en la aplicación para asistir al hospital en determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Por favor entienda que para recibir asistencia con su factura del hospital deberá mostrar todas las fuentes de pago, tales como seguro médico, Medicaid, compensación al trabajador, responsabilidad, etc. deben estar agotados antes de considerar la asistencia de pago por la atención médica.

Existen ciertas circunstancias en las cual un paciente puede ser elegible mediante una elegibilidad presuntiva y no necesita llenar una aplicación. Por favor, póngase en contacto con un consejero financiero al número anterior para obtener más información.

**Por favor envía la aplicación con la información siguiente:**

1. La aplicación Healthcare Assistance Program completa, firmada y fechada.
2. Una copia de su última declaración federal de impuestos presentada. Si trabaja por su propia cuenta debe de incluir Apéndice C. Por favor, incluya una copia de todos los formularios W2.
3. Una copia de su cheque o talón de cheque más reciente del empleo, desempleo, Seguro Social, pensión, indemnización por accidentes del trabajo (o la carta determinando su indemnización) o cualquier otra(s) fuente(s) de ingreso que haya tenido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptamos una de las siguientes tres pruebas de salario:
  - a. Una forma de salario del empleado llenado y firmado por sus empleadores por cada trabajador asalariado en el hogar. (Vea la solicitud en esta aplicación).
  - b. Copias de los talones de cheques de las últimas 13 semanas.
  - c. Una copia impresa de su salario de su empleador durante las últimas 13 semanas.
  - d. Se debe proveer la información del salario de toda la familia/miembros del hogar
4. Si es aplicable, una prueba de su participación en programas de asistencia del gobierno como cupones de alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzos escolares, Recursos de Cuidado Infantil o del Programa de Referencia.
5. Se le puede pedir que solicite asistencia de otras fuentes adecuadas, si se determina que Ud. podría calificar para esa ayuda.

Ejemplo 1, Página 2

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar un reconsideración debe ser por escrito y recibida en el plazo de 30 días desde la notificación. Por favor incluya la razón o provea información adicional que pueda ser beneficiar para nuestra revisión.

Por favor envíe la solicitud completa a la dirección que aparece arriba de la instalación que usted incurrió en gastos. Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene una cuenta en cualquiera de los tres hospitales antes mencionados. Si Ud. necesita asistencia completando la solicitud, por favor póngase en contacto con el asesor financiero en el centro apropiado. Nos puede contactar de Lunes a Viernes 8:00 am a 4:30 pm.

Completando esta solicitud no le quita su obligación financiera a Southern Illinois Healthcare; Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho de negar cualquier solicitud en revisión.

Sinceramente,

Asesor Financiero

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902  
(618) 549-0721  
Ext. 64572  
Fax (618) 457-3004

Herrin Hospital  
201 S. 14th Street  
Herrin, IL 62948  
(618) 942-2171  
Ext 36458  
Fax (618) 988-6153

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966  
(618) 684-3156  
Ext. 5531  
Fax (618) 529-0539

SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-5200  
Ext. 67575  
Fax (618) 529-0562

### Formulario de Asistencia Financiera

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle/PO Box                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ (no requerido)

#### **Información de la familia/del hogar:**

1. Número de personas en la familia/el hogar del paciente: \_\_\_\_\_
2. Número de personas que son dependientes del paciente: \_\_\_\_\_
3. Edades de los dependientes del paciente: \_\_\_\_\_

---

#### **Información del Empleo e Ingreso**

1. Ponga la información del empleador del paciente, cónyuge del paciente o pareja.

Sistema

2. Si el paciente es menor de edad, ponga la información del empleador de los padres o guardianes del paciente.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
Nombre del empleador del paciente: _____	Nombre del empleador de la pareja: _____	Nombre del empleador de la pareja: _____	Nombre de otro empleador: _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Salario: Ingreso Bruto _____	Salario: Ingreso Bruto _____	Salario: Ingreso Bruto _____	Salario: Ingreso Bruto _____
Nombre del empleador del paciente: _____	Nombre del empleador del cónyuge: _____	Nombre del empleador de la pareja: _____	Nombre de otro empleador: _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Salario: Ingreso Bruto (por mes) _____	Salario: Ingreso Bruto _____	Salario: Ingreso Bruto _____	Salario: Ingreso Bruto _____

### Otros Ingresos

Otros Ingresos	Ingreso Mensual del Paciente	Ingresos Mensuales del Cónyuge/de la Pareja/de otro Dependiente
Salario	\$	\$
Trabajo por Cuenta Propia	\$	\$
Compensación por Desempleo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Incapacidad del Seguro Social	\$	\$
Pensión/Incapacidad de Veterano	\$	\$
Compensación de Trabajadores	\$	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$	\$
Ingresos de Jubilación	\$	\$
Manutención de Menores, Pensión Alimenticia u Manutención del Cónyuge	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$

Documentación de los ingresos de la familia desde talones de cheques, declaraciones de beneficios, cartas de aprobación, órdenes judiciales, declaraciones de impuestos federales, u otra documentación proporcionada por el paciente.

**Bienes**

Bienes Raíces: Propio ____ Renta		Banco: Cheques:	\$
Valor Comercial:	\$	Ahorros:	\$
Cantidad Adeudada:	\$		
	\$	Fondos de Inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo		Acciones, Certificado de Depósito:	\$
Valor Comercial:	\$	Propiedad Rentada:	\$
Motocicletas, Botes, Caravanas, Otros Vehículos:	\$	Otros:	\$
Valor Comercial:	\$		\$
			\$
			\$

**Gastos Mensuales**

Pagos de Alquiler o de Casa:	\$	Otros:	\$
Utilidades	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado de los Niños:	\$		\$
Alimentos y Suministros:	\$		\$
Pagos de Carro:	\$		\$
Transporte:	\$		\$
Tarjetas de crédito:	\$		\$
Impuestos de Propiedad (Anual):	\$		
		Gastos Mensuales Totales:	\$

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier asistencia del estado, federal o local para ser elegible para la ayuda del pago de la factura del hospital.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para ponerse en contacto con una tercera entidad para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta aplicación. Entiendo que si por mi voluntad proporciono información falsa en esta aplicación, seré inelegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia que se me fure concedida podrá ser revertida, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

S     N    ¿El paciente fue un residente de Illinois cuando el cuidado médico fue proporcionado por el hospital?

S     N    ¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?

S     N    ¿El paciente fue víctima de un presunto delito?

S     N    ¿El solicitante(s) tiene un(a) pleito/demanda legal abierto(a) o activo(a) para las cuentas que se solicita asistencia?

S     N    ¿El solicitante(s) tiene algunos beneficios de seguro?

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Solicitante

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Solicitante

**INFORMACION ADICIONAL**

Por favor, utilice este formulario para proveer información adicional que pueda ayudar el proceso de su solicitud del Healthcare Assistance Program.

Si cualquiera de las siguientes declaraciones o preguntas aplican a su situación, por favor provea la información requerida en este formulario.

1. Si sus gastos mensuales propasan su ingreso mensual, por favor note cómo está llegando a pagar las cuentas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Si su declaración de impuestos no está incluido, por favor, explique por qué.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

1. ¿Está el empleado trabajando actualmente? \_\_\_\_\_ (si/no), sino, ¿Cuándo fue su último día de trabajo?\_\_\_\_\_
2. Si el empleado no está trabajando actualmente,¿El empleado estará regresando a trabajar?\_\_\_\_(si/no)  
Fecha esperada para su regreso \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo empezó el empleo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo terminó? \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información del salario acerca de la persona mencionada arriba es verdadera y exacta.

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

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

Firma del Empleador o  
Representante del Empleador

### Programa de descuento para los solicitantes que pidan asistencia financiera

Basada sobre las Directrices de la Pobreza de 2017 en un plazo de noventa (90) días

Descuento	1	2	3	4	5	6	7	8
100%	6,030	8,120	10,210	12,300	14,390	16,480	18,570	20,660
90%	10,040	13,520	17,000	20,480	23,959	27,439	30,919	34,399
80%	14,050	18,920	23,789	28,659	33,529	38,389	43,268	48,138
70%	18,090	24,360	30,630	36,900	43,170	49,440	55,710	61,980

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902  
(618) 549-0721  
Ext. 64572  
Fax (618) 457-3004

Herrin Hospital  
201 S. 14th Street  
Herrin, IL 62948  
(618) 942-2171  
Ext 36458  
Fax (618) 988-6153

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966  
(618) 684-3156  
Ext. 5531  
Fax (618) 529-0539

SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-5200  
Ext. 67575  
Fax (618) 529-0562

Fecha:

Querido Paciente/ Garante:

Lamentablemente debemos notificarle que su aplicación de la Asistencia Financiera no puede ser aprobada en este momento. Si su denegación se debe a la falta de la siguiente información, usted puede obtener y enviar una reconsideración de su aplicación.

- Falta de completar la Forma de Salario del Empleo
- Falta de proveer una forma valida de aceptación o denegación del Departamento de Illinois de Ayuda Publica
- Falta de completar y devolver la aplicación en forma oportuna y completa

Sistema

- Excede los requisitos de ingreso del programa de la Asistencia Financiera

Por favor no dude en llamar el Consejero Financiero al número incluido arriba si usted tiene alguna pregunta. ¡Gracias por tomarse el tiempo en enviar su aplicación!

Sinceramente,

Representante de SIH

Memorial Hospital of Carbondale  
405 W. Jackson  
Carbondale, IL 62902  
(618) 549-0721  
Ext. 64572  
Fax (618) 457-3004

Herrin Hospital  
201 S. 14th Street  
Herrin, IL 62948  
(618) 942-2171  
Ext 36458  
Fax (618) 988-6153

St. Joseph Memorial Hospital  
2 South Hospital Drive  
Murphysboro, IL 62966  
(618) 684-3156  
Ext. 5531  
Fax (618) 529-0539

SIH Medical Group  
1239 East Main Street  
Carbondale, IL 62901  
(618) 457-5200  
Ext. 67575  
Fax (618) 529-0562

Fecha:

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Querido(a) \_\_\_\_\_,

Su aplicación para el programa de la Asistencia Financiera ha sido procesada para los hospital(es):

\_\_\_ Memorial Hospital de Carbondale \_\_\_ Herrin Hospital \_\_\_ St. Joseph Memorial Hospital

Sistema

El saldo de su(s) cuenta(s) ha sido reducido por \_\_\_\_%. Su saldo corriente de la(s) cuenta(s) anotada(s) abajo es \$\_\_\_\_\_

Las cuenta(s) que están incluidas en esta aprobación son:

# \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Esta determinación fue realizada basándose en el tamaño e ingreso del hogar reportados por usted, en comparación con las Pautas Federales para Determinar el Índice de Pobreza.

Por favor, comuníquese con un Representante de Servicio (800)457-1393 si tiene algunas preguntas relacionadas con el saldo adeudado. Para información sobre las Cantidades Generalmente Facturadas, usted puede contactar al Director Financiero (618) 457-5200 extensión 67200

Gracias.

Sinceramente,

Shannon Hartke, MBA, FHFMA

Director Cooperativo de los Servicios Financieros del Paciente

## **Notificación de Elegibilidad de la Asistencia Financiera**

En colaboración con Southern Illinois Hospital Services d.b.a., Memorial Hospital of Carbondale, y en acuerdo con la ley del Estado de Illinois, yo admito que me han informado sobre la ayuda financiera que puede estar disponible a través del programa de Asistencia Financiera. Yo también entiendo que debo asistir al hospital para que me ayuden (el paciente) a determinar si califico para la asistencia financiera.

Puede ser que una Aplicación de Asistencia Financiera no sea requerida dependiendo de ciertas condiciones de calificación. Yo entiendo que soy responsable de rápidamente notificar al hospital si estoy cubierto(a) por Medicaid o cualquier otro programa del gobierno. También entiendo que estoy obligado(a) a revelar cualquiera litigación pendiente o acuerdo de la corte que puedan ser utilizados para pagar los servicios prestados por el hospital.

Yo admito que me ofrecieron un Documento del Resumen en Lenguaje Llano de la Asistencia Financiera y me dieron la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o Representante Legal/Agente)

Incapaz de firmar debido a una condición médica

\_\_\_\_\_  
Imprima El Nombre Legal del Representante

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_