

<b>Sistema</b>		<b>Reglamento y Procedimiento</b>	
<b>Título:</b>	Programa de Asistencia Financiera y Asistencia Financiera Presunta	<b>Número:</b>	SY-PI-092
<b>Se aplica a:</b>	Registro de Pacientes	<b>Creado:</b>	3/99
<b>Depto. de Emisión:</b>	Ingreso de Pacientes	<b>Última revisión:</b>	1/2/17
<b>Aprobado por:</b>	Shannon Hartke, MBA, FHFMA, Directora Corporativa de Servicios Financieros del Paciente		

## I. REGLAMENTO

Conforme a nuestra misión, visión, valores y plan estratégico, SIH considera que tiene la responsabilidad de enfrentar las necesidades financieras de la comunidad y de los pacientes a quienes servimos, que se encuentren incapacitados para pagar los servicios médicos. El presente reglamento proporciona una orientación para el cumplimiento de esta responsabilidad.

## II. DEFINICIONES

ABE: Solicitud de elegibilidad de beneficios

ABN: Avisos al beneficiario por adelantado

AGB: Cantidades que generalmente se facturan a individuos quienes tengan cobertura de seguro médico por cuidados de emergencia o por otros cuidados médicamente necesarios

Factura: SIH utiliza avisos por correo y facturas detalladas para informar a los pacientes el estado de su cuenta. Para efectos de este reglamento, estos avisos no se consideran una factura.

Unión civil: Una relación legal entre dos personas, ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto, establecida de acuerdo con la *Ley de la protección de la libertad religiosa y de la unión civil del estado de Illinois*

Servicios que cubre: Se definen como emergentes o médicamente necesarios

ECA: Acciones extraordinarias de cobranza

Pautas federales de pobreza: Las pautas federales de pobreza son publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Consejero Financiero: Empleado de SIH quien ayuda a los pacientes con la resolución de su responsabilidad financiera, incluyendo Asistencia Financiera

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

FPL: Índice federal de pobreza

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

HAP CDS: pantalla personalizada del Programa de Asistencia Financiera de Meditech

Solicitud para Asistencia Financiera: Una solicitud que permite la recopilación de información para ser considerado para el Programa de Asistencia Financiera (véanse los ejemplos 1,2,3,4 y 5)

Programa de Asistencia Financiera (HAP): La ayuda financiera proporcionada a los pacientes de Southern Illinois Healthcare quienes cumplan con los criterios de Financieramente Indigente, Médicamente Indigente o la *Ley de descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico*

Indigente: Individuo quien no tiene un lugar estable donde quedarse a largo plazo, carece de una residencia nocturna, fija, regular y adecuada o reside en un refugio para personas sin hogar

*Ley de descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico:* SIH tiene hospitales rurales y de acceso crítico que están obligados a ofrecer descuentos a los residentes de Illinois sin seguro médico cuyos ingresos familiares sean menores que el 300% del FPL. El descuento es 100% menos 135% del costo, utilizando la proporción entre el costo y los cargos de la hoja C, Parte I del Reporte de Costos de Medicare más recién presentado.

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

JCHD: Departamento de Salud del Condado de Jackson

Judicci: Un programa utilizado para buscar información pertinente respecto a reclamos del patrimonio

Medi: Un sistema de elegibilidad para Medicaid

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

Medicamento Indigente: Se refiere a un paciente cuya(s) factura(s) del hospital, después de haberse aplicado los criterios para considerarlo Financieramente Indigente, supera(n) un porcentaje especificado de los ingresos anuales del paciente y quien no está obligado a pagar el saldo restante de su(s) factura(s)

Medicamento necesario: Servicios suministrados que son razonables y necesarios

Parte de una unión civil: Una persona quien ha establecido una unión civil de acuerdo con la *Ley de la protección de la libertad religiosa y de la unión civil del estado de Illinois*

*Ley de la protección de la libertad religiosa y de la unión civil del estado de Illinois:* Parte de una unión civil significa y está incluida en cualquier definición del uso de los términos cónyuge, familia, familia inmediata, dependientes, allegados y otros términos que denotan la relación conyugal

PFS: Servicios Financieros del Paciente

Representante de PFS: Un empleado de SIH quien trabaja en el departamento de PFS y obtiene la documentación necesaria para procesar la elegibilidad presunta

Elegibilidad presunta: El criterio utilizado para considerar a un paciente elegible para ayuda financiera basado en las directrices establecidas en este reglamento

Escrutinio: Para efectos de este reglamento, el escrutinio significa que no se requiere una Solicitud Completa para Asistencia Financiera

SIH: Southern Illinois Healthcare

Sesenta (60) días: El número de días que no se le facturará a un paciente o que la cuenta no será enviada a una agencia de deudas incobrables/de cobranza

Total de los ingresos anuales: La suma de los ingresos anuales brutos

Search America: Programa utilizado para obtener resultados de una evaluación para ayuda financiera, el cual incluye el tamaño de la familia de una persona, la puntuación de su propensión a pagar y otra información financiera que se usa para determinar la elegibilidad presunta.

Paciente sin seguro médico: Paciente de un hospital quien no tiene cobertura de una póliza de seguro médico y no es beneficiario bajo ningún seguro médico privado o público, de beneficios de salud o de otro programa de cobertura médica, incluidos planes de seguro médico con deducibles altos, remuneración del trabajador, seguro de accidentes y responsabilidad civil u otra responsabilidad de terceros

### III. RESPONSABILIDADES

1.0 Todo el personal está obligado a seguir las directrices establecidas dentro de este reglamento con respecto al cumplimiento y el procesamiento de todos los procedimientos de asistencia financiera

### IV. EQUIPOS/MATERIALES

1.0 Sistema de información hospitalaria: Se utilizan programad de computadora para registrar o escanear la información recibida o impresa a nombre de un paciente. (ChartMaxx, Meditech, AS400, Passport eCare Next)

### V. PROCEDIMIENTO

Sistema

- 1.0 Compromiso de proporcionar cuidados de emergencia
  - 1.1 SIH proporciona, sin discriminación, cuidado para condiciones médicas de emergencia a individuos independientemente de si son elegibles para recibir asistencia bajo este reglamento de HAP. Los hospitales de SIH no participarán en acciones que desalienten a los individuos a que busquen cuidados de emergencia, tales como exigir que los pacientes del departamento de emergencia paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobranza de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de cuidados de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluyendo los traslados de emergencia, de acuerdo con EMTALA (*Ley de tratamiento médico de emergencia y parto activo*), se proporcionan a todos los pacientes de SIH de manera no discriminatoria, de acuerdo con el reglamento de EMTALA, de cada hospital respectivamente.
- 2.0 Servicios elegibles para el HAP
  - 2.1 Este reglamento de HAP se aplica a todo cuidado de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios suministrados por los hospitales de SIH mencionados a continuación, así como también por determinados proveedores que ofrezcan cuidados de emergencia o cuidados médicamente necesarios en las instalaciones de SIH.
    - A. Los anexos a este reglamento incluyen un listado de todos los proveedores, que además del mismo SIH, proporcionan cuidados de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios en los hospitales de SIH, que especifica cuáles proveedores están cubiertos por este reglamento y cuáles no lo están.
      - 1) Anexo A: Listado actualizado de proveedores de SIH
      - 2) Anexo B: Proveedores de SIH quienes no están afiliados al Grupo Médico de SIH
    - B. El listado de proveedores se actualiza dos veces al año.
  - 2.2 Este reglamento de HAP se aplica a:
    - A. Memorial Hospital de Carbondale, 405 W Jackson, Carbondale, IL 62902, (618) 549-0721
    - B. Herrin Hospital, 201 S 14<sup>th</sup> 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 se aplica a aquellos pacientes que residan en el estado de Illinois.
  - 3.2 Financieramente Indigente
    - A. SIH clasifica como financieramente indigente a todos los pacientes cuyos ingresos son menores o iguales al 200% de las pautas federales de pobreza, lo cual resulta en una asistencia financiera del 100%.
    - B. Se proporciona asistencia financiera parcial, según una escala variable, a aquellos pacientes cuyos ingresos son hasta 6 veces (el 600%) las pautas federales de pobreza.
    - C. SIH utiliza las pautas federales de pobreza que son publicadas anualmente por el Departamento de Salud y 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 que se aplique el ajuste por indigencia financiera debe exceder el 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 aun por el porcentaje de ajuste por indigencia financiera.
  - 3.4 SIH no cobrará en exceso del 25% de los ingresos anuales de un paciente, en un año determinado.
  - 3.5 *Ley de descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico*
    - A. Pacientes sin seguro que tengan ingresos anuales menores o iguales al 300% del FPL. De acuerdo con la ley, sus facturas hospitalarias se descuentan al 100% menos el 135% del costo.
  - 3.6 Medicaid de otro(s) estado(s)

- A. Pacientes elegibles para Medicaid con cobertura de otro(s) estado(s) en la que los hospitales de SIH no están inscritos.
- 3.7 Reserva de derechos
  - A. Es política de SIH reservarse el derecho de limitar o denegar asistencia financiera, a discreción exclusiva de SIH.
- 4.0 Elegibilidad presunta
  - 4.1 SIH es responsable y depende de una estrecha cooperación con el paciente para aplicar la elegibilidad presunta a un paciente sin seguro tan pronto como sea posible después de recibir servicios hospitalarios y antes de emitir una factura por aquellos servicios hospitalarios. (Ejemplo 8)
  - 4.2 El personal designado es responsable de seguir las directrices establecidas en este reglamento 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 de utilizar el siguiente criterio para determinar si un paciente es elegible sin más escrutinio por parte del hospital.
    - A. Indigencia
    - B. Paciente fallecido sin bienes
    - C. Mentalmente incapacitado sin nadie quien actúe en su nombre
    - D. Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o por un servicio no cubierto
    - E. Pacientes que reciban los siguientes servicios automáticamente califican para el 100% de ayuda financiera sin solicitarla.
      - 1) Pacientes con Medicaid con responsabilidad económica del paciente
      - 2) Pacientes con Medicaid, con cobertura secundaria a Medicare, que reciban servicios que requieran avisos al beneficiario por adelantado (ABN)
      - 3) Pacientes que han calificado para recibir Medicaid después de los 180 días para presentación oportuna de solicitudes
      - 4) Pacientes con Medicaid que reciben venopunción
      - 5) Pacientes con cobertura de Medicaid en la fecha del servicio pero sin cobertura en las fechas del servicio, desde el primer día del mes anterior hasta la fecha del servicio.
    - F. Pacientes que eligen hacerse procedimientos cosméticos electivos no están cubiertos bajo Elegibilidad Presunta.
    - G. Residente de refugios sin cobertura de seguro médico
    - H. Compañías aseguradoras insolventes sujetas a una orden estatal de cese y desista
    - I. Víctimas de desastres naturales que reciben ayuda humanitaria en los dieciséis (16) condados sureños, según lo determinado por la gerencia
    - J. Servicios prestados a través de clínicas gratuitas como Hands of Hope, Bridges Clinic y Abundant Health Services y/o agencias que hayan agotado subsidios patrocinados por el gobierno tales como JCHD-VIH
  - 4.4 Las cuentas que se investiguen y se aprueben para la Elegibilidad Presunta se ajustan al 100%, con base en los niveles de autoridad.
  - 4.5 Las cuentas presuntas se revisan para aprobación a través de Search America.
- 5.0 Proceso de solicitar HAP
  - 5.1 SIH pide que cada paciente solicite ayuda financiera y que complete una solicitud para HAP. (Ejemplo 1)
    - A. Las cuentas se consideran para Asistencia Financiera después de que una investigación exhaustiva de otras fuentes de financiación indique que no hay cobertura (p. ej., Medicaid deniega cobertura, etc.)
      - 1) La falta de un formulario de reclamos completo o la falta de cooperación del paciente no se considera una denegación válida.

- B. Cuentas que no pueden considerarse para el programa HAP:
    - 1) Aquellas que han sido aprobadas y enviadas para tomar medidas legales.
    - 2) Cuentas con deudas incobrables que datan de más de un año a partir de la fecha del servicio.
    - 3) Cuentas que no han agotado otras vías de pago.
    - 4) Cuentas que datan de más de 12 meses a partir de la fecha en que la solicitud fue firmada y fechada.
    - 5) SIH se reserva el derecho a pedirle al solicitante que solicite ABE.
  - C. Las solicitudes para HAP pueden utilizarse para las cuentas elegibles durante seis (6) meses a partir de la fecha en que la solicitud fue firmada y fechada.
- 5.2 Las instalaciones de SIH (Memorial Hospital de Carbondale, Herrin Hospital y St. Joseph Memorial Hospital) aceptan una copia de la solicitud para HAP del SIH Medical Group. Se completa una revisión minuciosa.
- 1) SIH tiene el derecho de pedir 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 proporcionadas por Consejeros Financieros, Representantes de Cuentas del Paciente, otro personal designado, o en el sitio web y son gratuitas.
- 5.4 Familiares inmediatos:
- A. El número de personas en el hogar de un paciente adulto incluye al paciente, a su cónyuge y a sus dependientes.
  - B. El número de personas en el hogar de un paciente menor de edad incluye al paciente, a la madre del paciente y a los dependientes de la madre del paciente, al padre del paciente y a los dependientes del padre del paciente.
  - C. Cualquier persona que figure en la declaración de impuestos como un dependiente se considera parte de la familia inmediata.
- 5.5 Una parte de una unión civil tiene derecho a las mismas obligaciones, responsabilidades, protecciones y beneficios legales que son concedidos o reconocidos por la ley de Illinois a los cónyuges, ya sea que se deriven de estatuto, norma administrativa, reglamento, derecho consuetudinario, o de cualquier fuente de derecho civil o penal.
- 5.6 Para la determinación definitiva SIH puede:
- A. Utilizar información sobre los gastos mensuales y sobre los bienes para la determinación definitiva.
  - B. Pedir y revisar información sobre ingresos anuales, bienes y gasto, para cada caso individual.
  - C. Considerar hasta qué punto la persona tiene bienes distintos de los ingresos, que podrían utilizarse para satisfacer sus obligaciones financieras.
  - D. Solicitar información adicional al revisar la solicitud para asistencia financiera.
  - E. De acuerdo con el Programa de Asistencia Financiera (HAP), no se denegará asistencia financiera a un solicitante por no suministrar información o documentación que no sea requerida por el reglamento de HAP del hospital o por la solicitud para HAP del hospital.
  - F. No se requiere un número de seguro social, pero ayudará en el procesamiento de la solicitud.
- 5.7 Verificación de los ingresos
- A. SIH pide que el paciente verifique los ingresos detallados en la solicitud para asistencia financiera.
  - B. Documentación para verificar los ingresos:
    - 1) Los ingresos se verifican por medio de cualquiera de los siguientes:
      - a) Formulario W-2 del IRS (*Servicio de Impuestos Internos*) y declaraciones de ingresos
      - b) Comprobantes de pago

- c) Declaración de impuestos
  - i. La elegibilidad para HAP no se considerará hasta que se completen y se presenten todas las declaraciones de impuestos a menos que haya suficiente documentación que respalde los ingresos verificados o que respalde que no existe una declaración de impuestos.
  - ii. Si el solicitante no posee copias de sus declaraciones de impuestos, pídale que contacte al IRS para obtener copias.
  - iii. En caso de que se reciba una solicitud en enero, febrero o marzo y no se haya presentado una declaración de impuestos, se aceptará la declaración de impuestos del año anterior.
  - iv. Para las solicitudes recibidas entre abril y diciembre, se requiere una declaración de impuestos del año en curso.
- d) Ingresos o carta del Seguro Social
- e) Cartas de determinación para recibir remuneración del trabajador o indemnización por desempleo
- f) Verificación por teléfono con el empleador, de los ingresos anuales brutos del paciente
- g) Comprobantes del sueldo del empleado o estados de cuentas bancarias

#### 5.8 Documentación indisponible

##### A. Verifique los ingresos cuando el paciente no pueda proveer documentación.

- 1) El paciente firma una Solicitud para Asistencia Financiera dando fe de la exactitud de la información de ingresos proporcionada.
- 2) El paciente firma la solicitud para asistencia financiera dando fe de que no hay ninguna demanda legal pendiente contra ninguna cuenta para la que se está pidiendo asistencia.
- 3) Se requiere una explicación indicando la razón por la cual el paciente no puede suministrar la documentación solicitada que verifique que los ingresos o gastos mensuales exceden el ingreso mensual declarado y/o cómo se pagan los gastos. (Véase el ejemplo 3)

#### 5.9 Información falsificada:

- A. La falsificación de información puede resultar en denegación.
- B. Después de que se le conceda asistencia financiera a un paciente y se encuentre que la información proporcionada era falsa, se suspenderá la asistencia financiera.

#### 5.10 Retención de documentos:

- A. SIH guarda la solicitud para el programa de asistencia financiera por un período de siete (7) años a partir de la fecha de la solicitud.

#### 5.11 Si se determina que el paciente no es elegible para HAP, se le notificará, por carta, la razón de la denegación. (Véase los ejemplos 6 y 7)

### 6.0 Medidas para difundir ampliamente el reglamento de HAP

#### 6.1 Notificación al paciente del programa de asistencia financiera:

- A. Hay avisos de asistencia financiera en todos los departamentos que registran a pacientes.
- B. SIH pondrá letreros en español y en inglés sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

#### 6.2 La página web de SIH publica notificaciones de asistencia financiera por medio del programa de asistencia financiera y solicitudes en inglés y en español.

#### 6.3 Hay información relacionada con HAP disponible en todas las oficinas de Ingreso de Pacientes y otros lugares públicos dentro del hospital, (a solicitud y gratuita).

#### 6.4 El personal de registro informa a todos los pacientes sobre el programa de asistencia financiera, y les ofrece un resumen en lenguaje sencillo.

### 7.0 Bases para calcular las cantidades cobradas a los pacientes

- 7.1 Southern Illinois Healthcare, nombre comercial: Memorial Hospital of Carbondale, Herrin Hospital y St. Joseph Memorial Hospital, utilizan el método "Look-back" para determinar las cantidades que generalmente se facturan (AGB).
  - 7.2 El porcentaje de las cantidades AGB se basa en un descuento agregado de los cargos establecidos, aplicado a nuestra combinación actual de servicios a los pacientes, por acuerdos con CMS y con otros pagadores terciarios.
  - 7.3 El público obtiene información sobre AGB por escrito y sin cargo al contactar al Director de Finanzas, de Southern Illinois Healthcare al 618-457-5200 ext. 67200.
  - 7.4 A un individuo elegible para HAP no se le cobrará por cuidados de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios más de las cantidades que generalmente se les facturan a individuos que poseen seguros médicos que cubren dichos cuidados.
  - 7.5 De acuerdo con este reglamento, SIH no factura ni espera pagos de los cargos brutos/totales de los individuos que califiquen para asistencia financiera.
  - 7.6 SIH sí les facturará por los saldos cuando se aprueba menos del 100% de asistencia financiera.
- 8.0 Bases para calcular las cantidades que son reembolsadas a los pacientes sin seguro médico
- 8.1 Las cuentas se consideran para reembolsos de acuerdo con la *Ley de descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico del estado de Illinois*.
  - 8.2 SIH reembolsará los pagos de los pacientes que reciben aprobación del 100% de HAP o los pagos que excedan la responsabilidad del paciente que recibe aprobación de menos del 100% de HAP.
    - A. Por ejemplo:
      - 1) El paciente efectúa un pago de \$100,00
      - 2) La responsabilidad del paciente es de \$100,00
      - 3) El paciente está aprobado para el 70% de HAP
      - 4) Un reembolso de \$30,00 se emite al paciente
  - 8.3 Las cuentas de los pacientes aprobados para el 100% de HAP, a partir del 1 de abril de 2016, serán sometidas a revisión con miras a reembolsarlas.
- 9.0 Medidas tomadas en caso de que no se pague
- 9.1 Las medidas que SIH puede tomar en caso de que no se pague se describen en un reglamento adicional sobre facturación y cobranza. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de este reglamento adicional del departamento de PFS de SIH contactando SIH al 1-800-457-1393.
- 10.0 Miscelánea
- 10.1 Ningún efecto en otros reglamentos hospitalarios:
    - A. Este reglamento de asistencia financiera no altera ni modifica otros reglamentos relacionados con los esfuerzos de obtener pagos de pagadores terciarios, traslado de pacientes o cuidados de emergencia.
  - 10.2 Modificaciones a este reglamento deben ser aprobadas por:
    - A. El Director Corporativo de Servicios Financieros del Paciente, Director Financiero, Director Ejecutivo y la Junta Directiva.

## VI. DOCUMENTACIÓN

- 1.0 Consúltense los ejemplos 1, 2, 3, 4 y 8 para la documentación que el paciente debe proporcionar.
- 2.0 Consúltense los ejemplos 5, 6 y 7 para los documentos que un representante de Southern Illinois Healthcare debe completar.

## VII. CARGOS

N/A

<b>Aprobaciones adicionales y fechas de revisión/modificación</b>
---

<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>Nombre (en letra de molde)</b>	<b>Título</b>	<b>Firma</b>
	Gene Basanta	Presidente de la Junta Directiva	
	Rex Budde	Director Ejecutivo	
	Mike Kasser	Vicepresidente, Director Financiero	
	Sharon Lee	Gerente, Ingreso de Pacientes	
	Kassandra Gregory	Gerente, Servicios Financieros del Paciente	

Ejemplo 1 (Imprímase en papel con membrete)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale<br>405 W. Jackson<br>Carbondale, IL 62902<br>(618) 549-0721<br>Ext. 64572<br>Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital<br>201 S. 14 <sup>th</sup> Street<br>Herrin, IL 62948<br>(618) 942-2171<br>Ext. 36458<br>Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital<br>2 South Hospital Drive<br>Murphysboro, IL 62966<br>(618) 684-3156<br>Ext. 55331<br>Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group<br>1239 East Main Street<br>Carbondale, IL 62901<br>(618) 457-5200<br>Ext. 67575<br>Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

Estimado paciente/garante:

**IMPORTANTE:** ES POSIBLE QUE UD. PUEDA RECIBIR CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. El completar esta solicitud ayudará a \_\_\_\_\_ a determinar si Ud. puede recibir servicios gratuitos o de descuento u otros programas públicos que puedan ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, entregue esta solicitud al hospital.



SI UD. NO TIENE SEGURO MÉDICO, NO SE REQUIERE UN NUMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O DE DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere suministrar un número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si Ud. califica para algún programa público.

Por favor, complete este formulario y entréguelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico (disponible en el sitio web), o por fax para solicitar cuidado gratuito o de descuento dentro de los 60 días después de la fecha de ser dado de alta o de recibir cuidado ambulatorio.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información pedida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

Por favor, entienda que, para recibir ayuda con su factura hospitalaria, Ud. necesitará indicar todas las fuentes de pago, tales como seguro médico, Medicaid, remuneración del trabajador, responsabilidad, etc. Todos los otros pagadores deben agotarse totalmente antes de que se considere la ayuda financiera.

Existen ciertas circunstancias en las cuales es posible que no se requiera una solicitud porque el paciente puede ser elegible para elegibilidad presunta. Por favor, contacte a un consejero financiero llamando al número de arriba para obtener más información.

**Por favor, devuelva la solicitud con la siguiente información:**

1. Una solicitud para asistencia financiera completa, firmada y fechada.
2. Una copia de la última declaración de impuestos federales que Ud. presentó. Si trabaja por su propia cuenta, debe incluir el anexo C. Por favor, incluya una copia de todos los formularios W-2.
3. Una copia de su cheque o talón de cheque más reciente del empleo, de desempleo, de Seguro Social, de pensión, de remuneración del trabajador (o de la carta de determinación para remuneración del trabajador) o de cualquier otra fuente de ingresos que haya recibido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptaremos uno de los tres documentos siguientes como prueba de salario:
  - a. Un formulario de verificación del salario del empleado, relleno y firmado por su(s) empleador(es), para cada persona asalariada del hogar. (Véase la solicitud para este formulario).
  - b. Copias de los talones de cheques de las últimas 13 semanas.
  - c. Una copia impresa de su salario de su empleador de las últimas 13 semanas.
  - d. Se debe aprobar la información salarial de arriba para todos los miembros del hogar/de la familia.
4. Si es aplicable, una prueba de su participación en programas de ayuda gubernamental como cupones para alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzo escolar, Child Care Resource & Referral Program (*Programa de recursos y referencias para cuidados infantiles*).
5. Es posible que se le pida que solicite asistencia de otras fuentes apropiadas, si se determina que Ud. podría calificar para tal ayuda.

Ejemplo 1, Página 2

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar una reconsideración, debe ser por escrito. Por favor, incluya la razón o provea información adicional que beneficie nuestra revisión.

Por favor, envíe por correo la solicitud completa a la dirección de arriba de la instalación donde usted incurrió en los gastos. Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene una cuenta en cualquiera de los tres hospitales antes mencionados. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor, contacte al consejero financiero de la instalación correspondiente. Nos puede contactar de lunes a viernes, de las 8:00 am a las 4:30 pm.

El completar esta solicitud no lo exonera de su obligación financiera con Southern Illinois Healthcare; Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho de denegar cualquier solicitud tras revisión.

Sinceramente,

Consejero Financiero

Ejemplo 2 – (Imprímase en papel con membrete)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale<br>405 W. Jackson<br>Carbondale, IL 62902<br>(618) 549-0721<br>Ext. 64572<br>Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital<br>201 S. 14 <sup>th</sup> Street<br>Herrin, IL 62948<br>(618) 942-2171<br>Ext. 36458<br>Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital<br>2 South Hospital Drive<br>Murphysboro, IL 62966<br>(618) 684-3156<br>Ext. 55331<br>Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group<br>1239 East Main Street<br>Carbondale, IL 62901<br>(618) 457-5200<br>Ext. 67575<br>Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

**Solicitud para 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 necesario)

**Información sobre el hogar/la familia:**

Sistema

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

**Información sobre los ingresos y el empleo**

1. Ponga la información del empleador del paciente, del cónyuge del paciente o de la pareja.
2. Si el paciente es menor de edad, ponga la información del empleador de los padres o tutelares del paciente.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
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: Ingresos brutos _____	Salario: Ingresos brutos _____	Salario: Ingresos brutos _____	Salario: Ingresos brutos _____
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: (ingresos brutos) _____	Salario: (ingresos brutos) _____	Salario: (ingresos brutos) _____	Salario: (ingresos brutos) _____

Ejemplo 2 – Página 2

**Otros Ingresos**

Otros ingresos		Ingresos mensuales del paciente	Ingresos mensuales del cónyuge/de la pareja/de otro dependiente
Salario		\$	\$
Trabajo por cuenta propia		\$	\$
Indemnización por desempleo		\$	\$
Seguro Social		\$	\$
Seguro Social por incapacidad		\$	\$
Pensión de veterano/Compensación por discapacidad de veterano		\$	\$
Remuneración del trabajador		\$	\$
Asistencia temporal para familias necesitadas		\$	\$

Ingresos por jubilación		\$		\$
Manutención de niños, pensión alimenticia u otra manutención conyugal		\$		\$
Otros ingresos		\$		\$

Documentación de los ingresos de la familia procedente de 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: Propios ___ Alquilados ___		Banco: Corriente	\$
Valor de mercado:	\$	Ahorros	\$
Cantidad adeudada:	\$		
	\$	Fondos mutuos de inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo:		Acciones, certificados de depósito:	\$
Valor de mercado:	\$	Propiedad de alquiler:	\$
Motocicletas, Botes, Autocaravanas, Otros vehículos:		Otros:	\$
Valor de mercado:	\$		\$
			\$
			\$

Ejemplo 2 – Página 3

### Gastos mensuales

Pagos de alquiler o de hipoteca:	\$	Otros:	\$
Servicios públicos:	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado de los niños:	\$		\$
Alimentos y suministros:	\$		\$
Pagos de carro:	\$		\$
Transporte:	\$		\$
Tarjetas de crédito:	\$		\$
Impuestos de propiedad: (anuales):	\$		\$

		Total de los gastos mensuales

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Voy a solicitar cualquier ayuda estatal, federal o local para la que sea elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital para contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, seré inelegible para recibir ayuda financiera, cualquier asistencia que se me conceda podrá retirarse, y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

- Sí  No  ¿El paciente era residente de Illinois cuando el cuidado médico fue prestado por el hospital?
- Sí  No  ¿El paciente estuvo involucrado en un supuesto accidente?
- Sí  No  ¿El paciente fue víctima de un presunto delito?
- Sí  No  ¿El solicitante tiene un(a) pleito/demanda legal abierto(a) o activo(a) contra las cuentas para las que se solicita ayuda?
- Sí  No  ¿El solicitante tiene beneficios de seguro médico?

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

Paciente/Solicitante

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

Paciente/Solicitante

Ejemplo 3

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, utilice este formulario para suministrar información adicional que pueda ayudar en el procesamiento de su solicitud para ayuda financiera.

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

1. Si sus gastos mensuales exceden sus ingresos mensuales, por favor, anote cómo se están cubriendo sus gastos mensuales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---

---

3. Si Ud. no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

---

---

4. Si Ud. recibe apoyo financiero de alguien, incluya una declaración por escrito sobre cómo lo está ayudando.

5. Otro:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ejemplo 4

**Formulario de verificación del salario del empleado**

(Debe ser relleno y firmado por el empleador)

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del empleado: \_\_\_\_\_ (no necesario)

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Salario de las últimas 13 semanas

Semana	Período de pago que termina el:	Ingresos brutos
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Sistema

7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

1. ¿El empleado está trabajando actualmente? \_\_\_\_\_ (sí/no). Si no es así, ¿cuándo fue el último día en que trabajó?  
 \_\_\_\_\_
2. Si el empleado no está trabajando actualmente, ¿va a volver al trabajo? \_\_\_\_\_ (sí/no)  
 Fecha prevista de regreso \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo empezó el empleo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo terminó? \_\_\_\_\_

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

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

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

Firma del empleador o  
 Representante del empleador

Ejemplo 5

**Programa de descuento para los solicitantes que piden asistencia financiera**

Basado en las pautas de pobreza de 2017 para 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	38.398	43.268	48.138
70%	18.090	24.360	30.630	36.900	43.170	49.440	55.710	61.980

Ejemplo 6 (Imprímase en papel con membrete)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale<br>405 W. Jackson<br>Carbondale, IL 62902<br>(618) 549-0721<br>Ext. 64572<br>Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital<br>201 S. 14 <sup>th</sup> Street<br>Herrin, IL 62948<br>(618) 942-2171<br>Ext. 36458<br>Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital<br>2 South Hospital Drive<br>Murphysboro, IL 62966<br>(618) 684-3156<br>Ext. 55331<br>Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group<br>1239 East Main Street<br>Carbondale, IL 62901<br>(618) 457-5200<br>Ext. 67575<br>Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

Fecha:

Estimado paciente/garante:

Lamentablemente, debemos notificarle que su solicitud para asistencia financiera no se puede aprobar en este momento. Si su denegación se debe a la falta de la siguiente información, usted puede obtenerla y entregar su solicitud para reconsideración.

- Falta completar el formulario de verificación del salario del empleado
- Falta proveer una aprobación o denegación válida del Departamento de Ayuda Pública de Illinois
- Falta completar y devolver la solicitud de forma completa y oportuna
- Excede los criterios de ingresos para el programa de asistencia financiera

Por favor, no dude en contactar al Consejero Financiero llamando al número de arriba si usted tiene alguna pregunta.  
¡Gracias por tomarse el tiempo de entregar su solicitud!



Sinceramente,

Representante de SIH (Cámbiese si es enviada por el Consejero Financiero)

Ejemplo 7 (Imprímase en papel con membrete)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Hospital of Carbondale<br>405 W. Jackson<br>Carbondale, IL 62902<br>(618) 549-0721<br>Ext. 64572<br>Fax (618) 457-3004 | <input type="checkbox"/> Herrin Hospital<br>201 S. 14 <sup>th</sup> Street<br>Herrin, IL 62948<br>(618) 942-2171<br>Ext. 36458<br>Fax (618) 988-6153 | <input type="checkbox"/> St. Joseph Memorial Hospital<br>2 South Hospital Drive<br>Murphysboro, IL 62966<br>(618) 684-3156<br>Ext. 55331<br>Fax (618) 529-0539 | <input type="checkbox"/> SIH Medical Group<br>1239 East Main Street<br>Carbondale, IL 62901<br>(618) 457-5200<br>Ext. 67575<br>Fax (618) 529-0562 |
|--|--|--|---|

Fecha:

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Estimado/a \_\_\_\_\_,

Se ha procesado su solicitud para el programa de asistencia financiera para los siguientes hospitales:

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

El saldo de su(s) cuenta(s) se ha reducido en un \_\_\_\_ %. El saldo actual de la(s) cuenta(s) mencionada(s) a continuación es de \$ \_\_\_\_\_.

Las cuentas que están incluidas en esta aprobación son las siguientes:

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

Esta determinación se realizó basada en el tamaño de la familia y los ingresos familiares que Ud. declaró, en comparación con las pautas federales de pobreza.

Por favor, contacte a un Representante de Servicio llamando al (800)457-1393, si tiene alguna pregunta relacionada con el saldo adeudado. Para información sobre los cantidades generalmente facturados, puede contactar al Director de Finanzas llamando al (618) 457-5200 extensión 67200.

Gracias.

Sinceramente,

Shannon Hartke, MBA, FHFMA

Directora Cooperativa de los Servicios Financieros del Paciente

Ejemplo 8

## Notificación de elegibilidad para la asistencia financiera

En cooperación con Southern Illinois Hospital Services, nombre comercial, Memorial Hospital of Carbondale, y de acuerdo con la Ley del estado de Illinois, por el presente reconozco que me han informado que ayuda financiera puede estar disponible a través del programa de asistencia financiera. Además, entiendo que debo cooperar con el hospital para que me ayude a mí (el paciente) a determinar si califico para la asistencia financiera.

Es posible que no se requiera una solicitud para asistencia financiera, si se reúnen ciertas condiciones exigidas. Entiendo que soy responsable de notificar sin demora al hospital, si tengo cobertura de Medicaid o de cualquier otro programa gubernamental. También, entiendo que estoy obligado a revelar cualquier litigio o acuerdo de la corte pendiente que puedan utilizarse para pagar los servicios prestados por el hospital.

Reconozco que me ofrecieron un documento de resumen de la asistencia financiera en lenguaje sencillo y me dieron la oportunidad de hacer preguntas.

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

Firma del paciente (o del representante personal/agente)

Incapaz de firmar debido a una condición médica

\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal en letra de molde

Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Testigo