



Origination:	7/29/2020
Effective:	7/29/2020
Last Approved:	7/29/2020
Last Revised:	7/29/2020
Next Review:	7/29/2021
Owner:	<i>Shannon Hartke: CORP DIR PFS</i>
Area:	<i>Patient Intake-Other Languages</i>
References:	
Applicability:	<i>Southern Illinois Healthcare Corporate System</i>

Programa de Asistencia Financiera y Presunta, SY-PI-092

I. PÓLIZA

Conforme a nuestra misión, visión, valores y plan estratégico, SIH considera que tiene la responsabilidad de enfrentar las necesidades financieras de los pacientes y de la comunidad a quienes servimos, que se encuentren incapacitados para pagar los servicios médicos. Esta póliza proporciona una orientación para el cumplimiento de esta responsabilidad. Southern Illinois Healthcare no discrimina en el suministro de servicios a un individuo por razones de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad u orientación sexual.

II. DEFINICIONES

ABE: Solicitud de elegibilidad de beneficios

ABN: Avisos al beneficiario por adelantado

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

Asignación de beneficios: literatura presente en una tarjeta de seguro que indica que, al aceptar el plan de seguro para pagar en el momento del servicio, aceptamos todos los términos del plan de seguro y aceptamos cualquier reembolso que ellos determinen como aceptable.

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: emergentes o médicamente necesarios

ECA: Acciones extraordinarias de cobranza

Epic – Registro médico electrónico utilizado para facturar o hacer un seguimiento de las cuentas de los pacientes y escanear la información recibida o impresa a nombre de un paciente.

Pautas Federales de Pobreza: Las pautas federales de pobreza publicadas anualmente por Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Consejero financiero: Un empleado de SIH que ayuda a los pacientes con la resolución de su responsabilidad financiera, incluida la asistencia médica

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

HAP ADD-ON Acct: Se refiere a la(s) cuenta(s) que se identifica(n) 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.

Solicitud para Ayuda Financiera: Una solicitud que permite la recopilación de información para ser considerado para el Programa de Ayuda Financiera (véanse los ejemplos 01 al 05)

Programa de Ayuda Financiera (HAP): Ayuda financiera proporcionada a pacientes de Southern Illinois Healthcare que cumplan con los criterios de Indigente Financiero, Indigente Médicamente o con la *Ley de descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico*

Planes de salud compartida: Organizaciones de costos médicos compartidos en las que los miembros hacen pagos mensuales a un fondo compartido. Cuando un miembro incurre en un gasto médico calificado, el reclamo se reembolsa del fondo común. Los planes de salud compartida no son un seguro y no se rigen por las reglamentaciones de seguros estatales o federales.

Indigente: Individuo que 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

Sistema de Información Hospitalaria: Programas de computadora utilizados para registrar o escanear la información recibida o impresa a nombre de un paciente.

Ley de SIH de descuento para 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 de 100% menos 135% del costo, utilizando la proporción entre el costo y los cargos de la hoja C, Parte I del reporte de costos presentado más recientemente.

Residente de Illinois: Una persona que viva en Illinois y que tenga la intención de seguir viviendo indefinidamente en Illinois

JCHD: Departamento de Salud del Condado de Jackson

Judicci: Programa utilizado para buscar información pertinente con respecto a reclamos del patrimonio

Medi: 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 evidenciado por el Número de Identificación del Beneficiario (RIN)

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

Necesidad Médica/Médicamente necesario: Servicios suministrados que son razonables y necesarios

Mi Portal Médico: portal en línea, seguro para los pacientes.

Noventa días: Número de días durante los cuales no se le facturará a un paciente, o que la cuenta no será enviada a una agencia de cobranzas de deudas.

Parte de una unión civil: Una persona que 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. Parte de una unión civil significa y se incluye en cualquier definición que use los términos cónyuge, familia, familia inmediata, dependiente, allegado y otros términos que denoten la relación conyugal

PFS: Servicios Financieros del Paciente

Representante de PFS: Un empleado de SIH que 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

Propensión para Pagar: programa utilizado para obtener resultados de la evaluación para ayuda financiera, lo que incluye el número de personas de la familia, puntaje de propensión para pagar y otra información financiera que se utiliza para determinar la presunta elegibilidad.

Escrutinio: Para efectos de este reglamento, el escrutinio significa que no se requiere una solicitud completa para Ayuda Financiera

SIH: Southern Illinois Healthcare

Ingresos anuales totales: La suma de los ingresos anuales brutos

Paciente sin seguro médico: Paciente de un hospital que 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 ningún 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. 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. Sistema de información hospitalaria
2. Epic

V. PROCEDIMIENTO

1. 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.

2. Compromiso de proporcionar cuidados médicos de emergencia

1. SIH proporciona, sin discriminación, cuidado para condiciones médicas de emergencia a individuos independientemente de si son elegibles o no para recibir ayuda bajo este reglamento de HAP.

A. Los hospitales de SIH no participarán en acciones que desalienten a los individuos a que busquen atención médica de emergencia, tales como exigir a los pacientes del departamento de emergencia que paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia, o permitir actividades de cobranza de deudas que interfieran con la prestación de cuidados de emergencia sin discriminación.

B. 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.

3. Servicios elegibles para el HAP

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, además del mismo SIH, que 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

3. La lista de proveedores puede encontrarse en www.sih.net

B. El listado de proveedores se actualiza cada tres meses.

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 14th Street, Herrin, IL 62948, (618) 942-2171

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

4. Criterios de elegibilidad para HAP

1. El programa de ayuda financiera se aplica a aquellos pacientes que residan en el estado de Illinois o que tengan una licencia de conducir para visitantes temporales, en el momento de la prestación de servicios.

2. Indigente Financieramente

- A. SIH clasifica como Indigente Financieramente a todos los pacientes cuyos ingresos sean menores o iguales al 200% de las Pautas Federales de Pobreza, lo cual resulta en una ayuda financiera del 100%.
- B. Se proporciona ayuda financiera parcial, según una escala variable, a aquellos pacientes cuyos ingresos sean hasta 6 veces (el 600%) de las Pautas Federales de Pobreza.
- C. SIH utiliza las Pautas Federales de Pobreza que se publican anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

3. Indigente Médicamente

- A. Para ser considerado para la clasificación de paciente Indigente Médicamente, la cantidad adeudada, después de haberse aplicado el ajuste por indigencia financiera, no debe exceder el veinte (20) por ciento de los ingresos anuales del paciente.
- B. Los pacientes clasificados como Indigentes Médicamente son responsables del pago esperado de Medicare, reducido, aún más, por el porcentaje de ajuste por indigencia financiera.

4. Las solicitudes para los pacientes que se hayan registrado como auto pago, debido a los beneficios listados en su tarjeta de seguro y/o que hayan sido identificados con un sistema de salud o plan compartido no tradicional Medishare, se procesarán como normalmente. Las cuentas se enviarán a esperar su turno para que los consejeros financieros las aprueben o denieguen individualmente, de acuerdo con el pago y la documentación recibida.

5. SIH no cobrará un exceso del 20% de los ingresos anuales de un paciente en un año determinado.

6. Ley de Descuentos del Hospital para pacientes sin seguro médico:

- A. Pacientes sin seguro médico, que tengan ingresos anuales menores o iguales al 300% del FPL. De acuerdo con esta Ley, sus facturas hospitalarias se descuentan hasta el 100% menos el 135% del Costo.

7. Medicaid de otro(s) Estado(s)

- A. Pacientes elegibles para Medicaid, con cobertura de otro(s) Estado(s) en los cuales no se encuentran inscritos los hospitales de SIH.

8. Derechos Reservados

- A. SIH se reserva el derecho a limitar o a denegar ayuda financiera, a discreción exclusiva de SIH.
- B. Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

5. Elegibilidad presunta

- 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.
- 2. El personal designado sigue las directrices establecidas en este reglamento con respecto al cumplimiento y procesamiento de todos los procedimientos de Elegibilidad Presunta.
- 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. ni para 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 de pagos de su parte
 - 2. Pacientes con Medicaid, con cobertura secundaria de Medicare, que reciban servicios que requieran Notificar al Beneficiario por Adelantado (ABN)
 - 3. Pacientes con Medicaid que han sido determinados como elegibles para recibir Medicaid después de 180 días de la presentación oportuna de la solicitud.
 - 4. Pacientes con Medicaid que reciban 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 elijan hacerse procedimientos cosméticos electivos no están cubiertos bajo Elegibilidad Presunta.
 - 1. Los servicios electivos y/o que son considerados como no necesarios medicamente no pueden ser elegibles para consideración de ayuda financiera.
 - G. Residente de un refugio sin cobertura de seguro médico
 - H. Compañías aseguradoras insolventes sujetas a una orden estatal de cesar y desistir
 - I. Víctimas de Disaster Relief -desastres naturales- que reciban ayuda humanitaria en los dieciséis (16) condados del sur, según lo determine la administración.
 - J. Servicios prestados a través de clínicas gratuitas, como Hands of Hope, Bridges Clinic y Abundant Health Services, y/o a través de Agencias que hayan agotado las subvenciones patrocinadas por el gobierno, tales como JCCHD-HIV
 - K. Individuos encarcelados en una Prisión Federal, en la cual se hayan agotado todos los esfuerzos para cualquier responsabilidad de terceros, en la que el paciente tenga una cantidad de responsabilidad restante y carezca de recursos monetarios disponibles.
4. Las cuentas que se investiguen y se aprueben para Elegibilidad Presunta se ajustan al 100%, con base en los niveles de autoridad.
 5. Las cuentas presuntas se revisan para aprobación a través de Propensión para Pagar.
6. Proceso para solicitar HAP
1. SIH pide que cada paciente solicite ayuda financiera y que complete una solicitud para HAP. (Ver ejemplos del 01 al 05)
 - A. Las cuentas se consideran para Ayuda Financiera después de que una investigación exhaustiva de otras fuentes de financiación indique que no hay cobertura (p. ej., Medicaid deniega cobertura, etc.)
 - B. La falta de un formulario de reclamo completo o la falta de cooperación del paciente no se consideran una denegación válida.
 - C. Cuentas que no pueden considerarse para el programa HAP:
 1. Servicios que se consideren de carácter electivo, cosmético, con un precio competitivo, o que no se consideren médicamente necesarios por naturaleza.
 2. ~~Cuentas en las que el tratamiento suministrado esté relacionado con, o sea~~

objeto de un litigio, conciliación legal, premio, o cualquier otro tipo de acción legal.

3. Cuentas que no hayan 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.
- D. Las solicitudes para HAP pueden utilizarse para las cuentas elegibles durante tres (3) meses a partir de la fecha en la que la solicitud fue firmada y fechada.
2. Las instalaciones de SIH (Memorial Hospital de Carbondale, Herrin Hospital y St. Joseph Memorial Hospital) aceptan copias de la solicitud para HAP del SIH Medical Group. Se completa una revisión minuciosa.
 - A. SIH tiene el derecho de pedir información adicional cuando sea necesario.
 3. Las solicitudes son proporcionadas por los Consejeros Financieros, por los Representantes de Cuentas del Paciente y por otro personal designado a través del Portal del paciente o en el sitio web www.sih.net y son gratuitas.
 4. Familiares inmediatos:
 - A. El número de personas en el hogar de un paciente adulto incluye al paciente, al cónyuge o pareja del paciente y a cualquier dependiente.
 - 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 en la declaración de impuestos figure como dependiente se considera parte de la familia inmediata. Cualquier persona que en la declaración de impuestos figure como dependiente se considera parte de la familia inmediata.
 5. Para la determinación final, SIH puede:
 - A. Utilizar información sobre los gastos mensuales y los bienes para la decisión definitiva.
 - B. Pedir y revisar información sobre ingresos anuales, bienes y gastos, para cada caso individual.
 - C. Considerar hasta qué punto la persona tiene bienes distintos de los ingresos, que podrían utilizarse para cumplir con sus obligaciones financieras.
 - D. Solicitar información adicional tras la revisión de la solicitud para ayuda financiera.
 - E. De acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera (HAP), no se denegará ayuda 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 HAP del hospital.
 - F. No se requiere un número de seguro social, pero ayudaría en el procesamiento de la solicitud.
 6. Verificación de ingresos
 - A. SIH pide que el paciente verifique los ingresos detallados en la solicitud para ayuda 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 cheques 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 sobre Remuneración del Trabajador

o sobre 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

7. Documentación no disponible:

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

1. El paciente firma una Solicitud para Ayuda Financiera atestiguando la exactitud de la información de ingresos proporcionada.

2. El paciente firma la solicitud para asistencia financiera atestiguando que no hay ninguna demanda legal pendiente contra ninguna cuenta para la que se está pidiendo ayuda.

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 que los gastos mensuales exceden el ingreso mensual declarado y/o cómo se cubren los gastos.

8. Falsificación de información

A. La falsificación de información puede resultar en denegación.

B. Se retirará la ayuda financiera que se le haya concedido a un paciente si se encuentra que la información proporcionada era falsa.

9. Retención de documentos

A. SIH conserva la solicitud para el Programa de Ayuda Financiera por un periodo de siete (7) años, a partir de la fecha en que se diligenció.

10. Si se determina que un paciente no es elegible para HAP, se le notificará por carta la razón de la negación. (Véase el ejemplo 06)

7. Medidas para dar a conocer ampliamente el Programa de Ayuda Financiera

1. Notificación al paciente sobre el Programa de Ayuda Financiera:
 - A. Hay avisos de Ayuda Financiera en todos los departamentos que registran pacientes.
 - B. SIH tiene letreros en inglés, en español y en árabe sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
2. La página web de SIH publica notificaciones de ayuda financiera por medio del Programa de Ayuda Financiera y tiene solicitudes en inglés, en español y en árabe.
3. También está disponible la aplicación electrónica, en el Portal Médico del paciente: al iniciar la sesión, se selecciona Facturación, y luego, Ayuda Financiera.
4. Hay información relacionada con HAP disponible en todas las oficinas de Ingreso de Pacientes y en otros lugares públicos dentro del hospital, a solicitud y gratuita.
5. El personal de registro informa a todos los pacientes sobre el Programa de Ayuda Financiera, y les ofrece un resumen en lenguaje sencillo.

8. Bases para calcular las cantidades cobradas a los pacientes

1. SIH nombre comercial: Memorial Hospital of Carbondale, Herrin Hospital y St. Joseph utilizan el método "Look-back" para determinar las cantidades que generalmente se facturan (AGB).
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.
3. El público puede obtener información sobre AGB, por escrito y sin cargo, al contactar al Director de Finanzas, de SIH al 618-457-5200 ext. 67200.
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.
5. De acuerdo con este reglamento, SIH no factura ni espera pagos de los cargos brutos/ totales de los individuos que sean elegibles para ayuda financiera.
6. SIH sí les facturará por los saldos cuando se aprueba menos del 100% de ayuda financiera.

9. Bases para calcular las cantidades que son reembolsadas a los pacientes sin seguro médico

1. Cuentas que se consideran para reembolso de acuerdo con la Ley de Descuento para los pacientes hospitalarios sin seguro médico del estado de Illinois.
2. SIH reembolsará los pagos de los pacientes que reciban 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 hace 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
- 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.
- 10. Medidas tomadas en caso de que no se pague
 - 1. Las medidas que SIH puede tomar en caso de que no se pague se describen en un reglamento adicional sobre facturación y cobranza.
 - A. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de este reglamento adicional en el departamento de PFS de SIH contactando SIH al 1-800-457-1393.
- 11. Asuntos varios:
 - 1. Ningún efecto en otros reglamentos hospitalarios:
 - A. Este reglamento de ayuda financiera no altera ni modifica otros reglamentos relacionados con los esfuerzos de obtener pagos de pagadores terciarios, traslados de pacientes o cuidados de emergencia.
 - 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. Consúltense los ejemplos 02, 03, 04 y 17 para la documentación que el paciente debe proporcionar.
- 2. Consúltense los ejemplos 01, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 13, 14, 15 y 16 para los documentos que un representante de SIH debe completar.

VII. CARGOS

N/A

VIII. Sustituye:

N/A

Anexos

- Ejemplo 01- Instrucciones para la solicitud del Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 02- Solicitud del Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 03- Informacion adicional
- Ejemplo 04- Formulario del salario del empleado
- Ejemplo 05- Escala de descuentos para los solicitantes que pidan Ayuda Financiera
- Ejemplo 06- Carta de denegación para el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 07- Carta de aprobación del 70% en el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 08- Carta de aprobación del 80% en el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 09- Carta de aprobación del 90% en el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 10- Carta de aprobación del 100% en el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 11- Carta de información sobre “información incompleta” para el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 12- Formulario de Notificación de Elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 13- Información adicional sobre SBO Healthshare Assign Benefits del Programa de Ayuda Financiera
- Ejemplo 14- Aprobación del 100% del Programa de Ayuda Financiera HealthShare
- Ejemplo 15- Aprobación del 90% del Programa de Ayuda Financiera HealthShare
- Ejemplo 16- Aprobación del 80% del Programa de Ayuda Financiera HealthShare
- Ejemplo 17- Aprobación del 70% del Programa de Ayuda Financiera HealthShare

Firmas de aprobación

Autorizador	Fecha
Michael Kasser: SR VP & CFO	pendiente
Shannon Hartke: CORP DIR PFS	3/9/2022
Terri Robertson: PFS SUPERVISOR	3/8/2022
Sharon Lee: PAT INTK SR MGR	3/8/2022

Aplicabilidad

Southern Illinois Healthcare Corporate System



Ejemplo 1 Instrucciones para el Programa de Ayuda Financiera

Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Turtle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 253-0475

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (35618)

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62901
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

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, sí 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 90 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. Deben haberse agotado totalmente todos los otros pagadores antes de que se considere la ayuda financiera.

En ciertas circunstancias, 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 Ayuda 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 del cheque o talón de cheque más reciente de su 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 sus empleadores, 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. La información salarial que se indicó tiene que aprobarse para todos los miembros del hogar/de la familia.
4. Si es del caso, una prueba de su participación en programas de ayuda gubernamental, tales 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 ayuda de otras fuentes apropiadas, si se determina que Ud. podría calificar para tal ayuda.

Ejemplo 01, Página 2

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

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

En la actualidad, SIH ofrece opciones electrónicas convenientes para completar las solicitudes de ayuda médica iniciando sesión en Mi Portal Médico. Visite www.mychart.sih.net para instrucciones completas, siete días a la semana, las 24 horas. También puede enviar la solicitud completa a la dirección indicada para la instalación donde incurrió el cargo.

Solo se requiere una solicitud si Ud. tiene cuentas en cualquiera o en todos los 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 a denegar cualquier solicitud tras revisión.

Atentamente,

Consejero Financiero



Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Turtle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 253-0475

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (35618)

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62901
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

Solicitud para el Programa de Ayuda 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 la familia/el hogar:

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

Información sobre el empleo y los ingresos

1. Escriba la información del empleador del paciente, del cónyuge o pareja del paciente.
2. Si el paciente es menor de edad, escriba la información del empleador de los padres o tutores del paciente.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
Nombre del empleador del paciente: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador del cónyuge: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador de la pareja: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre de otro empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____
Nombre del empleador del paciente: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador del cónyuge: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre del empleador de la pareja: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____	Nombre de otro empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Salario: Ingresos brutos _____

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: Cuenta corriente	\$
Valor en el mercado:	\$	Ahorros	\$
Cantidad adeudada:	\$		
	\$	Fondos mutuos de inversión:	\$
Auto/Camioneta/Tipo:		Acciones, certificados de depósito:	\$
Valor en el mercado:	\$	Propiedad de alquiler:	\$
Motocicletas, Botes, Autocaravanas, Otros vehículos:		Otros:	\$
Valor en el mercado:	\$		\$
			\$
			\$

*Los bienes no se necesitan para National Health Services Corps (NHSC) en las instalaciones de SIH Primary Care Harrisburg.

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: (anual):	\$		\$
		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 pueda ser 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 que contacte 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 ayuda que se me conceda podrá retirarse, y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

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

INFORMACION DEMOGRAFICA OPCIONAL: (encierre en un círculo la mejor respuesta)

***El responder o no, no tendrá ningún efecto en el resultado de esta solicitud**

Raza

Nativo americano o Nativa de Alaska
 Asiático
 Indú-asiático
 Negro o afroamericano
 Chino
 Hawaiano nativo o de otras islas del Pacifico
 Otra raza
 Blanco

Etnicidad

Hispano o latino
 No Hispano, latino o de origen español

Sexo

Hombre
 Mujer
 Hombre en transición a mujer
 Mujer en transición a hombre

Idioma que prefiere: _____

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden informarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Fecha: _____

Firma: _____
 Paciente/Solicitante

Fecha: _____

Firma: _____
 Paciente/Solicitante

Ejemplo 04 Formulario salarial del empleado para la solicitud del Programa de Ayuda Financiera

Formulario del salario del empleado

(Debe ser completado 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		
7		
8		
9		
10		
12		
13		

1. ¿El empleado está trabajando actualmente? _____ (sí/no). Si no es así, ¿cuándo fue el último día que trabajó? _____
2. Si el empleado no está trabajando actualmente, ¿va a volver al trabajo? _____ (sí/no)
Fecha de regreso prevista _____
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 05 Escala de descuentos para los solicitantes del Programa de Ayuda Financiera

Escala de descuentos para los solicitantes del Programa de Ayuda Financiera

Índice Federal de Pobreza para 2022, según lo publicado por el Federal Register

1	2	3	4	5	6	7	8
\$13,590	\$18,310	\$23,030	\$27,750	\$32,470	\$37,190	\$41,910	\$46,630

Basado en el Índice Federal de Pobreza para 2022

FPL @200% al 600% al Margen de Ingresos Trimestrales

DESCUENTO	1	2	3	4	5	6	7	8
	\$13,590	\$18,310	\$23,030	\$27,750	\$32,470	\$37,190	\$41,910	\$46,630
100%	6,795	9,155	11,515	13,875	16,235	18,595	20,955	23,315
90%	11,314	15,243	19,172	23,102	27,031	30,961	34,890	38,819
80%	15,832	21,331	26,830	32,329	37,828	43,326	48,825	54,324
70%	20,385	27,465	34,545	41,625	48,705	55,785	62,865	69,945

Ejemplo 06 Carta de denegación del Programa de Ayuda Financiera



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

02/17/22

Paciente Nuevo
123 S Apple St
Carbondale IL 62901

Estimado Paciente Nuevo:

Lamentamos notificarle que su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera no puede ser aprobada en este momento. Se determinó que usted no cumple con los requisitos de elegibilidad por la(s) siguiente(s) razón(es):

- Verificación de los ingresos
- Información incompleta o faltante
- Supera los criterios de ingresos para el Programa de Ayuda Financiera

La solicitud de reconsideración puede ser presentada en un plazo de 30 días. Por favor, envíe la solicitud a la dirección mencionada anteriormente, en línea en <http://mychart.sih.net>, o por fax al (618) 351-6540. Si usted necesita ayuda, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente en el 1-800-457-1393.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois, en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

Representante de Southern Illinois Healthcare

Ejemplo 07 Carta de aprobación para el 70% en el programa de Ayuda Financiera



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Estimado NOMBRE DEL GARANTE:

Su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera ha sido procesada y aprobada. La aprobación es efectiva desde la **FECHA DE APROBACION** hasta la **FECHA DE VENCIMIENTO**.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 70% para los miembros de su familia nombrados a continuación:

LISTA DE NOMBRES AQUÍ:

El Ajuste de Ayuda Financiera se ha aplicado a su(s) cuenta(s) por los servicios hospitalarios de Southern Illinois Healthcare. Su saldo restante se reflejará en uno de los siguientes: en Mi Portal, en una cuenta de cobro de SIH, o en un estado de cuenta de nuestra oficina de negocios- Avadyne Health.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su(s) cuenta(s), comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros al 1-(800)-457-1393.

Ejemplo 08 Carta aprobación para el 80% en el Programa de Ayuda Financiera



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera ha sido procesada y aprobada. La aprobación es efectiva desde la **FECHA DE APROBACION** hasta la **FECHA DE VENCIMIENTO**.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 80% para los miembros de su familia nombrados a continuación:
LISTA DE NOMBRES AQUÍ:

El Ajuste de Ayuda Financiera se ha aplicado a su(s) cuenta(s) por los servicios hospitalarios de Southern Illinois Healthcare. Su saldo restante se reflejará en uno de los siguientes: en Mi Portal, en una cuenta de cobro de SIH, o en un estado de cuenta de nuestra oficina de negocios- Avadyne Health.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su(s) cuenta(s), comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois, en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros al 1-(800)-457-1393.



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera ha sido procesada y aprobada. La aprobación es efectiva desde la **FECHA DE APROBACION** hasta la **FECHA DE VENCIMIENTO**.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 90% para los miembros de su familia nombrados a continuación:

LISTA DE NOMBRES AQUÍ:

El Ajuste de Ayuda Financiera se ha aplicado a su(s) cuenta(s) por los servicios hospitalarios de Southern Illinois Healthcare. Su saldo restante se reflejará en uno de los siguientes: en Mi Portal, en una cuenta de cobro de SIH, o en un estado de cuenta de nuestra oficina de negocios- Avadyne Health.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su(s) cuenta(s), comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros al 1-(800)-457-1393.
Ejemplo 10 Carta de aprobación para el 100% en el Programa de Ayuda Financiera



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera ha sido procesada y aprobada. La aprobación es efectiva desde la **FECHA DE APROBACION** hasta la **FECHA DE VENCIMIENTO**.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 100% para los miembros de su familia nombrados a continuación:
LISTA DE NOMBRES AQUÍ:

Si tiene alguna pregunta con respecto a su(s) cuenta(s), comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros al 1-(800)-457-1393.

Ejemplo 11 Carta informativa sobre "Información incompleta" en la solicitud para el Programa de Ayuda Financiera



02/17/22

1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

Paciente Nuevo
123 S Apple St
Carbondale IL 62901

Estimado Paciente Nuevo:

Gracias por su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera (HAP). Nos falta la siguiente información, que es muy importante para completar la revisión de su solicitud.

Una copia de la declaración de impuestos federales completa del año pasado.

Si trabaja por cuenta propia debe incluir el formulario "Schedule C" junto con su declaración de impuestos.

Una copia del formulario de su salario "W2 Wage" y la Declaración de Impuestos diligenciada para recibir un reembolso.

Una copia de sus cheques o talones de cheques de la Seguridad Social, de la pensión, de desempleo, de todos los lugares de empleo, de compensación del trabajador o de cualquier otra(s) fuente(s) de ingresos que haya recibido durante las últimas 13 semanas.

Una copia de la prueba de participación en Programas de Ayuda Gubernamental, tales como cupones de alimentos, WIC, Medicaid, Seguridad Social o, cartas que muestren una determinación para "Compensación del Trabajador".

Un formulario de "Salario del trabajador" completado para cada uno los empleados asalariados en el hogar.

Por favor, complete el formulario del Programa de Ayuda Financiera con su firma y fecha. Este formulario se encuentra en Mi Portal, en la sección de ayuda financiera.

Por favor envíe la información adicional en línea en <http://mychart.sih.net> o por fax al (618) 351-6540, o a la dirección mencionada anteriormente, dentro de 30 días. Si necesita ayuda, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Atentamente,

Representante de Southern Illinois Healthcare

Notificación de elegibilidad para Ayuda 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 la presente reconozco que he sido informado que puede haber ayuda financiera disponible, a través del Programa de Ayuda Financiera. Además, entiendo que tengo que cooperar con el hospital para que me ayude a mí (el paciente) a determinar si puedo calificar para ayuda a financiera.

Es posible que no se requiera una Solicitud para Ayuda Financiera, si se reúnen ciertas condiciones exigidas. Entiendo que soy responsable de notificar, de inmediato, al hospital, si tengo cobertura de Medicaid o de cualquier otro programa gubernamental. También, entiendo que estoy obligado a revelar cualquier litigio pendiente o arreglo judicial que puedan utilizarse para pagar los servicios prestados por el hospital.

Reconozco que me ofrecieron un documento de resumen, en lenguaje sencillo, sobre la Ayuda Financiera y se me dio la oportunidad de hacer preguntas.

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Firma del paciente (o del representante personal/agente)

Incapaz de firmar debido a una condición médica

_____ Parentesco con el paciente
Nombre en imprenta del representante legal

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Testigo

Ejemplo 13 Información adicional sobre Healthshare Assign Benefits del Programa de Ayuda Financiera



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Estimado NOMBRE DEL GARANTE:

Gracias por su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera (HAP). Como resultado de haberse registrado como auto pago, debido a la asignación de beneficios descritos en su tarjeta y/o tener un plan de salud compartida no tradicional, es necesario que proporcione documentación adicional para cada fecha de los servicio para los que solicitó ayuda.

Por favor, proporcione una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su plan, con la cantidad de pago que el plan provee, junto con el pago por el servicio. Los planes que no puedan realizar el pago deben presentar una declaración por escrito, en papel membretado, de la denegación, antes de que se pueda revisar la ayuda financiera.

Tenga en cuenta que, si usted ha sido aprobado para Ayuda Financiera HAP, se le solicitará que proporcione esta información para cada visita que tenga un saldo de auto pago, y cada visita se procesará para determinar la aprobación, después de recibir la información suministrada.

La información puede ser enviada a la dirección indicada arriba, o puede ser subida en línea a MyChart dentro de 30 días. Si tiene preguntas con respecto a su solicitud, por favor, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Atentamente,

Representante de Southern Illinois Healthcare



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

NOMBRE DEL GARANTE

DIRECCION

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Estimado NOMBRE DEL GARANTE:

Su solicitud general para el Programa de Ayuda Financiera ha sido aprobada para incluir los servicios desde la FECHA DE APROBACION hasta la FECHA DE EXPIRACION. Como resultado de haberse registrado como auto pago, debido a la asignación de beneficios descritos en su tarjeta y/o tener un plan de salud compartida no tradicional, es necesario que proporcione documentación adicional, para aprobar los descuentos para cada fecha de servicio.

Por favor, proporcione una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su plan, con la cantidad de pago que el plan provee, junto con el pago por el servicio. Los planes que no puedan realizar el pago deben presentar una declaración por escrito, en papel membretado, de la denegación, antes de que se pueda revisar la ayuda financiera.

El(los) saldo(s) de su cuenta se reducirá(n) en un 100% para los miembros de su familia nombrados a continuación, después de que se reciba la documentación solicitada y sea aprobada para cada fecha de servicio:

LISTA DE NOMBRES de AQUÍ

Si tiene preguntas con respecto a su(s) cuenta(s), por favor, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros en el número indicado arriba. **De acuerdo con las prácticas de SIH, esta reducción se procesará después de recibir el pago de cualquier póliza de seguro de salud o de un pagador tercero responsable, incluyendo, pero no limitado a seguro propio, seguro de responsabilidad, o seguro de compensación del trabajador.**



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

Paciente de prueba
1234 TESTING RD
MARION, IL 62959-8206

Estimado Paciente de Prueba:

Su solicitud general para el Programa de Ayuda Financiera ha sido aprobada para incluir los servicios desde el 22/8/2020 hasta el 22/11/2021. Como resultado de haberse registrado como auto pago, debido a la asignación de beneficios descritos en su tarjeta y/o tener un plan de salud compartida no tradicional, es necesario que proporcione documentación adicional, para aprobar los descuentos para cada fecha de servicio.

Por favor, proporcione una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su plan, con la cantidad de pago que el plan provee, junto con el pago por el servicio. Los planes que no puedan realizar el pago deben presentar una declaración por escrito, en papel membretado, de la denegación, antes de que se pueda revisar la ayuda financiera.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 90% para los miembros de su familia nombrado a continuación, después de que se reciba la documentación solicitada y sea aprobada para cada fecha de servicio:

PACIENTE DE PRUEBA

Si tiene preguntas con respecto a su(s) cuenta(s), por favor, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros en el número indicado arriba. **De acuerdo con las prácticas de SIH, esta reducción se procesará después de recibir el pago de cualquier póliza de seguro de salud o de un pagador tercero responsable, incluyendo, pero no limitado a seguro propio, seguro de responsabilidad, o seguro de compensación del trabajador.**



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

Paciente de prueba
1234 TESTING RD
MARION, IL 62959-8206

Estimado Paciente de Prueba:

Su solicitud general para el Programa de Ayuda Financiera ha sido aprobada para incluir los servicios desde el 22/8/2020 hasta el 22/11/2021. Como resultado de haberse registrado como auto pago, debido a la asignación de beneficios descritos en su tarjeta y/o tener un plan de salud compartida no tradicional, es necesario que proporcione documentación adicional, para aprobar los descuentos para cada fecha de servicio.

Por favor, proporcione una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su plan, con la cantidad de pago que el plan provee, junto con el pago por el servicio. Los planes que no puedan realizar el pago deben presentar una declaración por escrito, en papel membretado, de la denegación, antes de que se pueda revisar la ayuda financiera.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 80% para los miembros de su familia nombrado a continuación, después de que se reciba la documentación solicitada y sea aprobada para cada fecha de servicio:

PACIENTE DE PRUEBA

Si tiene preguntas con respecto a su(s) cuenta(s), por favor, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros en el número indicado arriba. **De acuerdo con las prácticas de SIH, esta reducción se procesará después de recibir el pago de cualquier póliza de seguro de salud o de un pagador tercero responsable, incluyendo, pero no limitado a seguro propio, seguro de responsabilidad, o seguro de compensación del trabajador.**



1239 East Main St
Carbondale, IL 62901
Phone: (800)-457-1393
Fax: (618) 351-6540

FECHA

Paciente de prueba
1234 TESTING RD
MARION, IL 62959-8206

Estimado Paciente de Prueba:

Su solicitud general para el Programa de Ayuda Financiera ha sido aprobada para incluir los servicios desde el 22/8/2020 hasta el 22/11/2021. Como resultado de haberse registrado como auto pago, debido a la asignación de beneficios descritos en su tarjeta y/o tener un plan de salud compartida no tradicional, es necesario que proporcione documentación adicional, para aprobar los descuentos para cada fecha de servicio.

Por favor, proporcione una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su plan, con la cantidad de pago que el plan provee, junto con el pago por el servicio. Los planes que no puedan realizar el pago deben presentar una declaración por escrito, en papel membretado, de la denegación, antes de que se pueda revisar la ayuda financiera.

El saldo de su cuenta se reducirá en un 70% para los miembros de su familia nombrado a continuación, después de que se reciba la documentación solicitada y sea aprobada para cada fecha de servicio:

PACIENTE DE PRUEBA

Si tiene preguntas con respecto a su(s) cuenta(s), por favor, póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-457-1393.

Las quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para los pacientes sin seguro o sobre el proceso de ayuda financiera del hospital pueden reportarse a la oficina Health Care Bureau del Fiscal General de Illinois en el sitio www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o llamando al 1-877-305-5145.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Shannon Hartke".

Shannon Hartke, MBA, FHFMA
Director Corporativo
Servicios financieros para el paciente

A los pacientes elegibles para ayuda financiera no se les cobra más, por atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria, que a los pacientes que estén cubiertos por Medicare o por otro seguro de salud. Esta limitación se refleja en su saldo adeudado. Si desea más información sobre esta limitación, póngase en contacto con nosotros en el número indicado arriba. **De acuerdo con las prácticas de SIH, esta reducción se procesará después de recibir el pago de cualquier póliza de seguro de salud o de un pagador tercero responsable, incluyendo, pero no limitado a seguro propio, seguro de responsabilidad, o seguro de compensación del trabajador.**