



Política y procedimiento de asistencia financiera

Objetivo

De acuerdo con nuestra Declaración de misión, visión y valores, Astria Health cree que es imperativo brindar a nuestros pacientes no solo la mejor atención médica y accesibilidad que podamos brindar, sino también extender nuestro compromiso con nuestros pacientes a lo largo de todo el proceso de facturación de conformidad con 501(r)(4A) y el Código Administrativo de Washington (WAC), Capítulo 246-453. El objetivo de Astria Health es brindar atención de calidad independientemente de la capacidad del paciente para pagar los servicios. El proceso de solicitud no pretende imponer una carga indebida a la parte responsable considerando cualquier deficiencia física, mental, intelectual, sensorial o barrera del idioma que pueda obstaculizar la capacidad de la parte responsable para cumplir con los procedimientos de solicitud. Los solicitantes tendrán 14 días a partir de la fecha de la solicitud para proporcionar la documentación, tiempo durante el cual no se realizarán esfuerzos de cobro.

Audiencia

Personas que reciben atención en hospitales y clínicas de Astria Health y personal o representantes de Astria Health.

Términos y conceptos clave

A los efectos de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

Atención caritativa : La definición de Atención caritativa, tal como se define en RCW 70.170.020 (4) es "Atención caritativa" significa atención médica hospitalaria médicamente necesaria brindada a personas indigentes cuando la cobertura de terceros, si la hubiere, se ha agotado, en la medida que las personas no pueden pagar la atención o los montos de deducibles o coseguro requeridos por un tercero pagador, según lo determine el departamento. La atención caritativa resulta de la política de un proveedor de brindar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.

Familia: La definición de la Oficina del Censo y WAC 246-453-010 (18) , un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Ingresos familiares: tal como se define en WAC 246-453-010 (17) es "Ingreso" significa el total de recibos de efectivo antes de impuestos derivados de sueldos y salarios, pagos de asistencia social, pagos del Seguro Social, beneficios de huelga, beneficios de desempleo o discapacidad, manutención de niños, pensión alimenticia, y ganancias netas de actividades comerciales y de inversión pagadas al individuo;

o Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia. (Los no familiares, como los compañeros de casa, no cuentan).



Sin seguro: el paciente no tiene un nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

Con seguro insuficiente: el paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan sus capacidades financieras.

Cargos brutos: los cargos totales según las tarifas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar la deducción de los ingresos.

Condiciones médicas de emergencia: definidas dentro del significado de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395dd).

Necesario desde el punto de vista médico: según lo define Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión).

Pautas de pobreza: Las pautas de pobreza son una versión simplificada de los umbrales estadísticos de pobreza del Gobierno Federal utilizados por la Oficina del Censo para preparar sus estimaciones estadísticas del número de personas y familias en la pobreza. Las pautas de pobreza se utilizan principalmente con fines estadísticos. Sin embargo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos utiliza los umbrales para asistencia o servicios administrativos bajo un programa federal en particular. Otros programas, como nuestro Programa de asistencia financiera, utilizan las pautas con el fin de dar prioridad a las personas o familias de bajos ingresos en la prestación de asistencia o servicios. Nuestras pautas de pobreza se basan en el aumento de precios del último año (calendario) medido por el índice de precios al consumidor. Las pautas de pobreza se publican en el Registro Federal y se revisan anualmente.

Cantidades generalmente facturadas (AGB): a ninguna persona elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP se le cobrará más por la atención médicamente necesaria que las cantidades generalmente facturadas (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Astria Health determina los AGB en función de todos los reclamos pagados en su totalidad a Astria Health por Medicaid y/o aseguradoras de salud privadas durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados a esos reclamos.

Política

De acuerdo con las leyes estatales y federales, nuestro Departamento de Servicios Financieros ofrece asistencia financiera a pacientes calificados que están exentos de seguro de acuerdo con la ACA (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) o tienen seguro insuficiente y no tienen los recursos adecuados para pagar los servicios médicamente necesarios que tienen sido proporcionado. Los servicios de emergencia y médicamente necesarios son elegibles para la cobertura del Programa de asistencia financiera (FAP). Las solicitudes de asistencia financiera se procesan de acuerdo con la política. A ningún paciente/residente que cumpla con estos requisitos se le negará atención médica no



compensada por motivos de raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, edad o fuente de ingresos.

Nuestro programa es un pagador de último recurso, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) establece que todos deben tener un seguro, pero Astria Health considera las dificultades y la proporción de deudas para aquellos que no tienen seguro y no califican para planes de seguro subsidiados (es decir, Medicaid). Si el asesor financiero cree que se podría utilizar otro programa y fue denegado, se solicitará una denegación antes de que se pueda dar consideración. Si no se puede obtener la denegación, nuestros asesores financieros trabajarán con el paciente para acordar los términos de pago, según las circunstancias únicas y de acuerdo con la política de pago de Astria Health.

El programa de asistencia financiera de Astria Health se administra junto con las Directrices Federales de Pobreza que se utilizan en todo el país y que se refieren a los servicios médicos prestados únicamente en Astria Health. Estas pautas incorporan la justificación de la edad, el número y las edades de los dependientes y brindan definiciones de ingresos familiares y brutos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos establece las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza y aplica revisiones anuales para dar cuenta de los aumentos en el Índice de Precios al Consumidor.

Astria Health utiliza los niveles federales de ingresos de pobreza para propósitos de elegibilidad. El ingreso bruto del hogar del garante se compara con este nivel de pobreza. Si este total es igual o inferior al nivel del 300%, se perdonará el 100% del saldo de responsabilidad del paciente en las cuentas aprobadas.

Astria no considera la existencia, disponibilidad y valor de los activos para reducir el descuento de atención benéfica.

Procedimiento

Requisitos de elegibilidad

1. El Programa de asistencia financiera de Astria Health se administrará de manera consistente y equitativa de acuerdo con los requisitos de elegibilidad establecidos. Astria Health emplea personal cuya función es detectar pacientes y visitas sin seguro y comunicarse proactivamente con los pacientes para ayudarlos a solicitar fuentes de cobertura médica, como Medicaid, planes ACA Marketplace, y dirigirlos a las solicitudes de asistencia financiera según sea necesario o solicitado este personal son navegantes certificados por el estado de Washington.
2. Todos los pacientes con un saldo de autopago pueden ser elegibles para asistencia financiera que puede incluir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, la asistencia financiera generalmente excluye la atención que no es médicamente necesaria o que el gobierno o terceros pagadores no



permiten, incluidos los procedimientos que se consideran electivos, experimentales o de naturaleza cosmética.

3. El proceso de solicitud completo debe ser completado, preferiblemente por el paciente/parte responsable. La falsificación de la información de la solicitud, la falta de divulgación completa de todos los activos y/o ingresos, o la negativa a cooperar resultará en la denegación de la solicitud de asistencia financiera.

4. Todos los recursos de terceros y los programas de ayuda financiera no hospitalarios, incluida la asistencia pública disponible a través del programa estatal de Medicaid, deben agotarse antes de que se pueda considerar la asistencia financiera. Si una persona ha solicitado y aún no ha recibido una determinación, la elegibilidad para la asistencia financiera se pospondrá hasta que se haya realizado la determinación de elegibilidad de Medicaid.

5. Cancelaciones prima facie: en el caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea obvia para el personal de Astria Health y puedan establecer que los ingresos del solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, Astria Health otorgará Charity Care basado únicamente en esta determinación inicial. En estos casos, Astria Health no está obligada a completar una verificación o documentación completa. (de acuerdo con WAC 246-453-030(3)).

Método para solicitar asistencia financiera:

La Solicitud de asistencia financiera (Adjunto C) se puede completar antes o después de que se brinden los servicios.

El solicitante puede completar los formularios en su hogar o en el lugar con la ayuda del personal de Servicios Financieros para Pacientes. Toda la documentación de respaldo requerida debe incluirse con la solicitud.

La solicitud se puede obtener como se describe en la siguiente sección:

Por Teléfono: 509-837-1554

En nuestra dirección: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944

En nuestra web: <https://www.astria.health>

A un paciente no se le aplazará ni se le negará la atención médicamente necesaria en función de la falta de pago de la atención brindada anteriormente, si aún no se ha determinado la asistencia financiera.

Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA):



Astria Health no tomará ninguna acción de ECA sin hacer un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad de asistencia financiera del paciente de acuerdo con las limitaciones descritas en la política.

Medidas para difundir ampliamente esta política dentro de la comunidad atendida por el establecimiento:

1. Los asesores financieros harán copias en papel de la política de asistencia financiera, la solicitud (el Adjunto B) y el resumen en lenguaje sencillo (Adjunto A).
 - Las copias impresas están disponibles previa solicitud y sin cargo.
 - Los documentos están fácilmente disponibles durante el horario comercial normal, ya sea directamente del asesor financiero o por correo.
 - Cada documento está disponible en inglés y en el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya más de (a) 1000 personas o (b) el 5 % de los residentes de la comunidad atendida por el centro, lo que sea menor.
2. Como parte del proceso de admisión o alta, a los pacientes se les ofrece un Paquete de información para el paciente que describe las opciones del plan de pago y la información de la Política de asistencia financiera, incluido el Resumen en lenguaje sencillo (Adjunto A).
3. Notificar e informar a los miembros de la comunidad atendida por el centro hospitalario sobre la Política de Asistencia Financiera con la información disponible en cada estado de cuenta.
4. La información de contacto de asistencia financiera de Astria Health está publicada en la página de inicio del sitio web del centro en <https://www.astria.health>
5. Los documentos de asistencia financiera se pueden acceder, descargar, ver e imprimir desde el sitio web.

Administración/Directrices del Programa de Asistencia Financiera:

1. El Programa de asistencia financiera de Astria Health se administrará de acuerdo con las siguientes pautas:
 - a. Astria tomará una determinación inicial de elegibilidad potencial basada en la solicitud verbal de atención caritativa. En espera de la determinación final de elegibilidad, el hospital no iniciará esfuerzos de cobro ni solicitudes de depósitos, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos del hospital para obtener el pago de otras fuentes, incluido Medicaid.
 - b. Astria proporcionará una solicitud e instrucciones a la parte responsable cuando se solicite atención caritativa o cuando la evaluación financiera indique una necesidad potencial. La parte responsable



devolverá una solicitud completa tan pronto como sea posible, pero sin exceder los 14 días a partir de la fecha de la solicitud.

- c. El asesor financiero del paciente revisará la información de la solicitud, junto con toda la documentación requerida.
- d. El asesor financiero del paciente completará la hoja de cálculo de ingresos anuales, la hoja de cálculo de ingresos y activos y la hoja de cálculo de descuento.
- e. Después de revisar la solicitud, el CFO o la persona designada determinará si el paciente/la parte responsable calificó para recibir asistencia financiera según la documentación de respaldo y la recomendación del Consejero Financiero del Paciente que verificó la información contenida en la solicitud.
- f. El personal de ingreso de datos de cuentas de pacientes cancelará los montos aprobados de la(s) cuenta(s) del paciente según los procedimientos establecidos.
- g. El paciente/parte responsable será notificado por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud (cuando se haya recibido toda la documentación) si se aprobó la asistencia financiera.
- h. La solicitud se mantendrá en archivo durante siete (7) años.
- i. Siempre que las finanzas del paciente/parte responsable cambien significativamente entre las temporadas de impuestos, el ingreso actual del hogar como se define en el Adjunto C determinará la elegibilidad en lugar de los requisitos del impuesto federal sobre la renta. Una solicitud aprobada será una subvención única.
- j. Si un solicitante no cumple habitualmente con las pautas del programa y los esfuerzos de asistencia realizados por los asesores financieros y el personal, se le puede solicitar que presente una solicitud completamente completa con todos los documentos requeridos antes de los servicios que no son de emergencia.
Astria puede iniciar esfuerzos de cobro por no completar la solicitud, los saldos de los pacientes serán elegibles para el cobro y el informe de crédito después de 30 días a partir de la fecha del servicio.

Proceso de apelación:

- 1. El paciente/parte responsable tiene derecho a apelar la decisión de asistencia financiera.
- 2. El recurso deberá recibirse dentro de los treinta (30) días siguientes a la determinación.
- 3. La apelación debe incluir prueba documentada que justifique por qué el paciente/responsable no puede pagar.
- 4. La apelación se envía al Gerente de la Oficina Comercial y se revisa con el CFO.



5. El paciente/parte responsable será notificado dentro de los sesenta (60) días a partir de la presentación de la apelación si se aprueba.

6. Según WAC 246-453-020 (9)(c): “En caso de que la decisión final del hospital sobre la apelación confirme la denegación previa de la designación de atención caritativa según los criterios descritos en WAC 246-453-040 (1) o (2), la parte responsable y el departamento de salud deberán ser notificados por escrito de la decisión y la base de la decisión, y el departamento de salud deberá recibir copias de la documentación en la que se basó la decisión.” Astria Health notificará a la parte responsable por escrito de la decisión y la base de la decisión, y proporcionará al Departamento de Salud copias de toda la documentación relacionada con la decisión.

Plan de implementación/educación:

La política será revisada e implementada por el personal de servicios financieros del proveedor.

Documentos relacionados:

- Adjunto A: Documento en lenguaje sencillo
- Adjunto B: Indicador de agudeza FA
- Adjunto C: Solicitud de asistencia

Referencias:

- 501(r)(4A) y Código Administrativo de Washington (WAC), Capítulo 246-453
- WAC 246-453-030(3)
- WAC 246-453-020(10)

Hospitales y Clínicas de Astria Health

- Astria Sunnyside Community Hospital
- Astria Toppenish Hospital (SHC Medical Center – Toppenish)
- SHC Medical Center Yakima
- Ahtanum Ridge Family Medicine
- Vintage Valley Family Medicine
- Central Washington Occupational Medicine – Toppenish
- Central Washington Surgical Associates – Toppenish
- Cardiac & Thoracic Institute of Central Washington
- Valley Medi-Center



- Westside Medi-Center
- Selah Clinic
- Summitview Family Medicine
- Terrace Heights Family Physicians
- Central Washington Occupational Medicine – Yakima
- Central Washington Orthopedic Surgeons
- Central Washington Surgical Associates – Yakima
- Central Valley Vascular Center
- Central Washington Rehabilitation Clinic
- Central Washington Anesthesia Services
- Central Valley Gastroenterology - Yakima
- Sunnyside Dental
- Yakima Home Care
- Yakima Regional Home Health
- Spavinaw Dental

Department: Provider Financial Services	Document Owner: Danielle Lyzanchuk	Effective Date: 3/1/2022
	Approved by: Maxwell Owens, CFO and Astria Health Board	Approved Date: 3/1/2022

Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera/atención caritativa

Astria Health se compromete a garantizar que nuestros pacientes reciban la atención hospitalaria que necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Brindar atención médica a quienes no pueden pagar es parte de nuestra misión y la ley estatal exige que los hospitales brinden atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles. Puede calificar para atención gratuita o con descuento según el tamaño de la familia y los ingresos, incluso si tiene seguro médico.

Si cree que puede tener problemas para pagar su atención médica, hable con nosotros. Cuando sea posible, lo alentamos a que solicite ayuda financiera antes de recibir tratamiento médico.

¿Qué está cubierto? Para atención médica hospitalaria médicamente necesaria y de emergencia en Astria Health brindamos atención gratuita y asistencia financiera/atención caritativa a pacientes elegibles, con descuentos de hasta el 100%. A ningún paciente elegible para asistencia financiera/atención caritativa se le cobrará más de los montos generalmente facturados a los pacientes que tienen seguro.

Cómo presentar una solicitud: Cualquier paciente puede solicitar recibir asistencia financiera/atención caritativa presentando una solicitud y proporcionando la documentación de respaldo. Si tiene preguntas, necesita ayuda o desea recibir un formulario de solicitud o más información, comuníquese con nosotros:

- Cuando esté ingresando o saliendo del hospital;
- Por teléfono: 509-837-1554
- En nuestro sitio web en: <https://www.astria.health/patients-visitors/financial-information/>
- En persona: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944
- Para obtener documentos por correo sin cargo: Comuníquese con la Oficina Comercial de Astria Health al 509-837-1554

Si el inglés no es su primer idioma: las versiones traducidas del formulario de solicitud, la política de asistencia financiera y este resumen están disponibles a pedido.

Otra asistencia:

Asistencia de cobertura: Puede ser elegible para otros programas gubernamentales y comunitarios. Podemos ayudarlo a saber si estos programas (incluidos los beneficios de Medicaid/Apple Health y Asuntos de Veteranos) pueden ayudarlo a cubrir sus facturas médicas. Podemos ayudarlo a solicitar estos programas.

Descuentos para no asegurados: Ofrecemos un descuento para pacientes que no tienen cobertura de seguro médico. Por favor contáctenos acerca de nuestro programa de descuento.

Planes de pago: Cualquier saldo por montos adeudados por usted vence dentro de los 30 días. El saldo se puede pagar de cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, efectivo, cheque o pago de facturas en línea. Si necesita un plan de pago, llame al número que figura en su estado de cuenta.

Atención de emergencia: Astria Health tiene un departamento de emergencias dedicado y brinda atención para condiciones médicas de emergencia (tal como se define en la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia) sin discriminación de acuerdo con las capacidades disponibles, independientemente de si un paciente tiene o no la capacidad de pagar o es elegible para asistencia financiera.

Gracias por confiarnos su cuidado.



Indicadores de agudeza de asistencia financiera

OBJETIVO

La regulación fiscal 501r requiere que las políticas de asistencia financiera definan qué servicios son elegibles para la cobertura de asistencia financiera. Astria Health considerará los servicios definidos como urgentes y semi-urgentes por el proveedor clínico tratante en el proceso de asistencia financiera.

Los servicios electivos no se consideran para la asistencia financiera. Ocasionalmente, el nivel de urgencia se puede aumentar en función de una consideración/dificultad especial que esté bien documentada por el proveedor y/o el personal del comité de asistencia financiera correspondiente.

Un servicio que no sea de emergencia tratado en un entorno de emergencia no se considerará de emergencia a los efectos de la asistencia financiera. El nivel de urgencia se basa en la opinión clínica del médico tratante y no en la ubicación del servicio.

URGENTE / EMERGENTE / NO ELECTIVO

Los servicios urgentes/emergentes/no electivos son aquellos que se consideran necesarios, en opinión del médico tratante, para salvar la vida o una extremidad. Una condición que causa dolor intenso, disfunción o discapacidad y no puede retrasarse más de 24 horas.

SEMIURGENTE / SEMIEMERGENTE / SEMIELECTIVO

La atención semiurgente/semiemergente/semielectiva son aquellos servicios que se consideran necesarios, según la opinión del médico tratante, para preservar la vida o la extremidad del paciente, pero que no es necesario que se realicen de inmediato. Una afección que causa dolor moderado, disfunción o discapacidad y es probable que se deteriore rápidamente o se convierta en una emergencia.

ELECTIVO

Atención en algún momento en el futuro de una afección que causa dolor, disfunción o discapacidad mínimos o nulos, que es poco probable que se deteriore rápidamente y que no tiene el potencial de convertirse en una emergencia.

CONSIDERACIONES ESPECIALES / DIFICULTAD

El nivel de urgencia de cualquier servicio determinado puede aumentar en función de consideraciones/dificultades especiales. Los pacientes, la familia de los pacientes, los médicos y el personal de Servicios Financieros para Pacientes pueden solicitar que los servicios médicos se revisen caso por caso. Las consideraciones especiales pueden incluir, entre otras, las que se enumeran a continuación:

- Diagnóstico (es decir, cáncer)
- Potencial de deterioro a una situación de emergencia
- Datos demográficos del paciente (dificultades de viaje)
- Disponibilidad de recursos externos
- Comorbilidades del paciente
- Salud mental/emocional
- Nivel de dolor/disfunción/discapacidad
- Continuación de la atención por lesiones/enfermedades traumáticas
- Cobertura activa confirmada de Medicaid fuera del estado (solo servicios no electivos)



Instrucciones para el formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Astria Health.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Astria Health utiliza los niveles federales de ingresos de pobreza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. El ingreso bruto del hogar del garante se compara con este nivel de pobreza. Si este total es igual o inferior al nivel del 300%, se perdonará el 100% del saldo de responsabilidad del paciente en las cuentas aprobadas.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por Astria Health según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Visítenos en Astria Health, Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944 o llame a nuestra oficina comercial al 509-837-1554. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la discapacidad y la asistencia con el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcione información sobre su familia**
Indique el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Proporcione información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación para los ingresos familiares**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firme y feche el formulario**

Nota: No es necesario que proporcione un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "N/A".

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para enviar su solicitud completa en persona: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944, nuestro hospital está abierto las 24 horas del día. El número de teléfono de nuestra oficina comercial es 509-837-1554.

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

Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud a la brevedad! Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.



Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera: Confidencial

Por favor llene toda la información completamente. Si no corresponde, escriba "N/A". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EXAMEN

¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos Básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>
Dirección de envió _____			Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____
Ciudad (*):	Estado (*):	Código postal	Dirección de correo electrónico:
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte una página adicional si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?

					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

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

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI -
Manutención de niños/cónyuge
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro - Otro (*por favor explique*_____)



Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera: Confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE : Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

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

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione prueba de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Pago actuales (3 meses); o
- Planilla de contribución sobre ingresos del último año, incluyendo anejos si aplica; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que supiéramos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Astria Health puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que brindo es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que solicita

Fecha