

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS – POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD

USTED PODRÍA RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD GRATUITA O CON DESCUENTOS:

De acuerdo con la Misión, Visión y Valores de Centegra y también bajo las leyes federales y estatales que apliquen, los hospitales de Centegra proporcionaran atención de salud gratuita o con descuentos u otros programas públicos a pacientes con seguro médico y sin seguro médico basándose en las necesidades financieras. Si usted es considerado elegible para la asistencia financiera a usted no se le puede cobrar más de la cantidad que generalmente se cobra por atención de emergencia o de salud necesaria y recibirá atención de salud gratuita o con descuentos significantes. Para más información por favor vea la política de ayuda financiera de Centegra.

ELEGIBILIDAD: La elegibilidad es basada en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Hay tres tipos de descuentos:

1. Descuento completo de asistencia financiera 100% (personas con o sin seguro médico son elegibles)
2. Descuento parcial de asistencia financiera 80% (personas con o sin seguro médico son elegibles)
3. Descuento para personan sin seguro médico 62% (solamente personas sin seguro médico son elegibles)

FPG en inglés – Guías Federales de Pobreza FPL en inglés – Niveles Federales de Pobreza	Guías Federales de Pobreza Porcentaje de Descuento →		Ayuda para asegurados y no asegurados		Descuento solo para no asegurados
	Tamaño de Familia	2017 FPG	Descuento de 100%	Descuento de 80%	Descuento de 62%
Elija el Tamaño de su Familia	1	\$ 12,060	\$ 24,120	\$ 42,210	\$ 72,360
	2	\$ 16,240	\$ 32,480	\$ 56,840	\$ 97,440
	3	\$ 20,420	\$ 40,840	\$ 71,470	\$ 122,520
	4	\$ 24,600	\$ 49,200	\$ 86,100	\$ 147,600
	5	\$ 28,780	\$ 57,560	\$ 100,730	\$ 172,680
	6	\$ 32,960	\$ 65,920	\$ 115,360	\$ 197,760
	7	\$ 37,140	\$ 74,280	\$ 129,990	\$ 222,840
	8	\$ 41,320	\$ 82,640	\$ 144,620	\$ 247,920

Cada \$4,180.00 Adicional

COMO ASEGURAR SUS DESCUENTOS INMEDIATAMENTE:

1. Complete la breve solicitud de asistencia financiera
2. Proporcione los siguientes documentos o comprobantes
 - a. 2 estados de cuentas bancarias y cualquier/todo comprobante de ingresos para el solicitante (y cónyuge si es aplicable)
 - b. Declaraciones completas de impuestos y / o más reciente formulario de W2
 - c. Formulario firmado de asistencia con alimentos y alojamiento si es aplicable
 - d. Declaración de cero ingresos si es aplicable (para el solicitante y / o cónyuge)
 - e. Documentos adicionales pueden ser requeridos durante la entrega de documentos siguiendo la política de asistencia financiera
3. Regrese la solicitud y documentos o comprobantes a Centegra en persona, o por Correo Postal de EEUU, correo electrónico o fax a:

Centegra Health System Financial Assistance Coordinator P. O. Box 1990 Woodstock, IL 60098	Financial Assistance Coord. (815)334-5578 ph., (815)334-5039 fax 527 W South Street Woodstock, IL 60098 CentegraFinancialAssistance@centegra.com
---	--

DONDE SE PUEDE OBTENER UNA COPIA GRATUITA DE LA SOLICITUD Y DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Por internet en www.centegra.org/billing-new
2. Comunicándose con uno de los coordinadores de asistencia financiera mencionados en persona o por teléfono, fax o correo postal.
3. Copias de la política y solicitud de asistencia financiera están disponibles en español. Si es necesario traducciones en algún otro idioma, por favor infórmele al consejero de finanzas.

UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NO ES REQUERIDO PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO:

Pero, un Número de Seguro Social es requerido para ciertos programas públicos, incluyendo Medicaid. Dar un número de Seguro Social no es requerido pero le ayudara al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Completando la solicitud, usted, el paciente, reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información que es pedida en la solicitud para asistarnos en determinar si es elegible para la asistencia financiera.

Cuando su solicitud completa es procesada, se le enviara a usted una decisión en escrito por correo. Por favor reconozca que hay la posibilidad que la asistencia financiera no esté disponible para todos los servicios o para todos los profesionales de salud. Por favor vea anexo C de la política de asistencia financiera para explicaciones más detalladas de los servicios y profesionales de salud cubiertos por la política. La asistencia financiera no será aprobada hasta que cualquier y todo pago aplicable haya sido recibido de terceros. Si usted incurre facturas medicas adicionales, es posible que se requiera solicitar asistencia de nuevo con documentos actuales.

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

ID DE VISITA(S) _____

Nombre y Apellido del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Garante: _____ Fecha de Nacimiento de Garante: _____

Nombre de Cónyuge/Pareja: _____ Fecha de Nacimiento de Cónyuge /Pareja: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Numero Celular: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE/GARANTE**INFORMACIÓN DE CÓNYUGE /GARANTE**

Número de Seguro Social: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

Número Telefónico de Empleador: _____ Número Telefónico de Empleador: _____

Fecha de Contratación: _____ Fecha de Terminación: _____ Fecha de Contratación: _____ Fecha de Terminación: _____

SEGURO MÉDICO¿Su empleador ofrece beneficios de seguro médico? Sí No¿Es usted elegible para beneficios de Veteranos de EE UU? Sí No¿Es usted elegible para beneficios de COBRA? Sí No

Compañía de Seguro de Salud: _____ # de Póliza: _____ Fecha efectiva: _____

¿Esta su saldo relacionado con la compensación de trabajadores o algún otro es responsable? Sí No

En caso afirmativo, la fecha del accidente: _____

DEPENDIENTES RECLAMADOS EN EL FORMULARIO IRS 1040 – INCLUYA EL NOMBRE, LA EDAD, Y LA RELACIÓN

1. _____ 4. _____
 2. _____ 5. _____
 3. _____ 6. _____

BIENES E INGRESOS MENSUALES

	<u>PACIENTE</u>	<u>CÓNYUGE/PAREJA</u>
Salarios	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Ingresos por Renta	_____	_____
Sustento de Niños	_____	_____
Pensión Alimenticia	_____	_____
Asistencia Gubernamental	_____	_____
Distribución de IRA	_____	_____
Distribución de 401 K	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Comp. del Trabajador	_____	_____
Otros	_____	_____
Totales	_____	_____

BIENES:

	<u>PACIENTE</u>	<u>CÓNYUGE/PAREJA</u>
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acciones / Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

GASTOS MENSUALES: PACIENTE Y CÓNYUGE/PAREJA

Vivienda: Alquiler o Hipoteca \$ _____
 Gastos de Servicios Públicos \$ _____
 Alimentos \$ _____
 Otros Gastos \$ _____
 Gastos Totales \$ _____

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Voy a solicitar cualquier asistencia estatal, federal, y local a la cual sea elegible para ayudar a pagar esta factura de hospital. Entiendo que la información proporcionada podría ser verificada por el hospital, y yo autorizo al hospital a que contacte terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que si conscientemente proporciono información falsa en esta solicitud, voy a ser inelegible para asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podría ser revertida, y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del Paciente/Garante (Requerida) Fecha_____
Firma del Asesor Financiero Fecha

Asistencia Financiera

Declaración de cero ingresos / Declaración Residencial

Ser Completada por la persona que solicita asistencia financiera.

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Número Telefónico del Paciente: _____

Número(s) de Cuenta(s): _____

- Yo declaro que en éste momento estoy sin trabajo y no tengo ingresos.
- Yo declare que en éste momento estoy sin hogar y estoy viviendo en un refugio.

Si está viviendo en un refugio, por favor proporcione el nombre: _____

Ser completada por el/la cónyuge de la persona que solicita asistencia financiera.

Nombre de Cónyuge: _____

Fecha de Nacimiento Cónyuge: _____

- Yo declaro que en éste momento estoy sin trabajo y no tengo ingresos.
- Yo declare que en éste momento estoy sin hogar y estoy viviendo en un refugio.

Si está viviendo en un refugio, por favor proporcione el nombre: _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Cónyuge

Fecha

Declaración de Asistencia de Alimentos y Alojamiento

Requerido si el paciente depende de alguien más para satisfacer parte o todos los gastos de la vida diaria.
Ser completada por la persona o los familiares que están ayudando al paciente.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Número(s) de Cuenta(s): _____

Su Nombre: _____

Su Dirección de Domicilio: _____

Su Número Telefónico: _____

Su Relación al Paciente: _____

Por Cuanto tiempo ha estado proporcionando asistencia: _____

Por favor especifique que es lo que le proporciona al paciente:

Le he proporcionado:

- Alojamiento y/o Alimentos (vivienda y comidas)
- Gastos de transportación, préstamos de automóvil, seguros de automóvil, Gasolina, etc.
- Medicamentos
- Ropa
- Pagos de Tarjetas de Crédito
- Gastos Escolares
- Otros, por favor describa _____

Yo le proporciono asistencia con alimentos y alojamiento a la persona nombrada anteriormente pero no puedo contribuir para sus gastos médicos.

Firma

Fecha