

# POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

**APROBADA POR:**

Director ejecutivo  
Director financiero  
Junta directiva

**DISTRIBUIDA POR:** Finanzas

**FRECUENCIA DE REVISIÓN:**  
Anual

**FECHA EN QUE SE ORIGINÓ/POR:**

7-1993

**NOMBRE DEL ARCHIVO:**

FINANCE\_Financial Assistance Policy-spanish

**REVISADO/FECHA DE REVISIÓN/POR:**

02-4; 06-4; 08-4; 10-8; 10-9; 12-7; 14-6; 16-10; 17-10; 20-3; 22-11; 23-5; 24-1/Heather Hutchison,  
Directora Financiera

**REFERENCIA:****OBJETIVO:**

Harrison Memorial Hospital (HMH), una organización sin fines de lucro conforme la disposición 501 (c)3, está comprometido en brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades médicas y no se encuentran aseguradas, poseen cobertura insuficiente, no son elegibles para un programa de gobierno o no pueden pagar por el cuidado necesario o incipiente a nivel médico sobre la base de su situación financiera individual. El propósito de la presente política es cumplir con la sección 501(r) del Código Tributario y las regulaciones relacionadas, que se ajustan a nuestra misión de entregar servicios médicos compasivos, de alta calidad y asequibles. HMH se esforzará en asegurar que la capacidad financiera de la gente que necesita servicios médicos no les impida recibir cuidado en su hospital comunitario.

Si bien el cuidado en la asistencia financiera es importante, es solo un componente del beneficio comunitario que brindan los hospitales. Otros componentes del beneficio comunitario incluyen, sin limitación:

- Salud pública no paga, bienestar y programas educativos
- Los costos no pagos de Medicaid y otros programas públicos
- Provisión de servicios médicos esenciales tales como salas de emergencia y clínicas de proveedores especialistas
- Educación no paga a adultos mayores, ayuda y programas de comidas a domicilio
- Efectivo y donaciones en especie a agencias comunitarias en nombre de los pobres y necesitados
- Costos no reembolsables de capacitación a profesionales de la salud e investigación de salud clínica y comunitaria

Se espera que los pacientes cooperen con procedimientos para obtener asistencia financiera y a contribuir al costo de su cuidado, sobre la base de su capacidad individual de pagar. A las personas con la capacidad financiera para adquirir un seguro de salud se las animará a hacerlo por su salud personal en general y por la protección de sus activos individuales. Esta política describe el criterio de elegibilidad para acceder a asistencia financiera, ya sea la gratuidad o el descuento y el método para solicitarlo.

**DEFINICIONES:**

A los fines de esta política, los términos abajo se definen de la siguiente manera:

Asistencia financiera: Servicios gratuitos o con descuento brindados a las personas elegibles para la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) que cumplen el criterio establecido.

Grupo familiar: Usted, su cónyuge y sus personas a cargo, conforme la definición de las normas del Servicio de Impuestos Internos.

Ingresos del grupo familiar: El ingreso del grupo familiar se establece utilizando la definición del Consejo del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular los lineamientos de la pobreza federal:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, indemnizaciones por accidentes de trabajo, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, ingresos por jubilación o pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión compensatoria, pensión alimenticia, asistencia fuera del grupo familiar y otras fuentes misceláneas;

- Beneficios no monetarios (tales como bonos de comida y subsidios de vivienda) no cuentan;
- Establecidos sobre una base antes de impuestos;
- Excluye ganancias o pérdidas de capital; y
- Si una persona vive con una familia y es un familiar a cargo, incluye sus ingresos.

No asegurado: El paciente que no tiene nivel de seguro o asistencia de terceros para asistirlos en el cumplimiento de sus obligaciones de pago.

Cobertura insuficiente: El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros pero aun así tiene gastos de su propio bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

## **POLÍTICA:**

A efectos de administrar sus recursos de manera responsable y para permitir que HMMH brinde el nivel apropiado de asistencia al mayor número de personas con necesidades, la Junta directiva establece los siguientes lineamientos para brindarle asistencia financiera al paciente.

Los pacientes sin seguro serán referidos al consejero financiero que los asistirá en el establecimiento de la elegibilidad para Medicaid u otros programas estatales o federales. Para aquellos que no califican para ninguno de dichos programas, comenzará el proceso de asistencia financiera.

- A. Exclusiones: La FAP no aplica a cargos por servicios brindados por proveedores contratados. Ello incluye, in limitación, radiólogos, anesthesiólogos, médicos hospitalistas y médicos de salas de emergencia.

## **PROCEDIMIENTOS:**

### **A. Servicios elegibles conforme la presente política:**

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados por equipos de sala de emergencia;
2. Servicios para un estado que si no es tratado inmediatamente, derivaría en un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
3. Servicios no electivos brindados en respuesta a circunstancias con peligro de muerte en equipos que no son de salas de emergencia;
4. Servicios necesarios a nivel médico, evaluados sobre una base de caso por caso a discreción de HMMH; y

### **Servicios no elegibles en los términos de esta política:**

1. Procedimientos experimentales, incluidos procedimientos no aprobados por la FDA y dispositivos o implantes; y
2. Servicios para los que se niega la autorización previa por el asegurador del seguro del paciente.

- B. Elegibilidad para asistencia financiera.** La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellas personas que no poseen seguro, poseen seguro insuficiente, no son elegibles para cualquier programa de beneficio del cuidado de la salud del gobierno o no pueden pagar por su cuidado, sobre la base de la determinación de la necesidad financiera de acuerdo con esta política. El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de necesidad financiera y no se tomará en cuenta la edad, sexo, raza, condición social o migratoria, orientación sexual o afiliación religiosa.

### **C. Determinación de necesidad financiera.**

1. El ingreso bruto anual del paciente se considera y compara al tamaño del grupo familiar. La elegibilidad se basa en el 200%, luego sigue una escala variable de lineamientos de pobreza federal conforme el gobierno federal publica en forma anual. Una evaluación individual de asistencia financiera se determinará utilizando lo siguiente:
  - a. Completar una solicitud Las solicitudes serán válidas por 6 meses desde la fecha de aprobación y se aplicarán a las fechas de servicios de los 6 meses previos y a los balances de los pacientes generados dentro de los últimos 6 meses.
  - b. Los solicitantes que no tengan un cambio en el tamaño o los ingresos del hogar después de 6 meses pueden completar un formulario de verificación de ingresos para extender la asistencia por otro período de 6 meses. Se requerirán solicitudes completas de asistencia financiera cada 12 meses.
  - c. Incluye el uso de fuentes de datos externos disponibles que brindan información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante del paciente.

- d. Tomar en cuenta los activos disponibles del paciente y todo el resto de los recursos financieros disponibles para el paciente, sin que exceda el límite de recursos anual de Medicaid.
  - e. Incluye una evaluación de la cuenta pendiente por cobrar del paciente por servicios prestados en forma previa y la historia de pago del paciente
2. Los valores de HMH de dignidad humana y de administración se verán reflejados en el proceso de solicitud, determinación de la necesidad financiera y otorgamiento de asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera serán procesadas de manera expedita y HMH notificará al paciente o al solicitante por escrito dentro de los 30 días de recibir una solicitud completa.
  3. Las solicitudes y documentos no devueltos dentro de los 30 días, serán dejadas de lado.

**D. Determinación de asistencia.** Los servicios elegibles en los términos de esta política se pondrán a disposición del paciente, de acuerdo con la necesidad financiera, conforme se determina en la referencia a los Niveles de Pobreza Federal (FPL) en efecto al momento de la determinación, como sigue:

1. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea de o por debajo del 400% del nivel de pobreza federal son elegibles para recibir cuidado gratuito o cuidado con descuento de la siguiente manera: por debajo del 200%= 100% de descuento, del 200 a 250% = 75% de descuento, de 250 a 300 %= 50% de descuento; de 300 a 400 % = 25 % de descuento.
2. La factura de un paciente tendrá cargos brutos ajustados con el descuento apropiado para reflejar los cambios netos debidos y pagaderos.

**E. Responsabilidades de los pacientes.**

1. Completar y devolver la solicitud de asistencia financiera o formulario de verificación de ingresos y proporcionar la documentación requerida dentro de los 30 días de recepción.
  - a. Los últimos 3 meses de estados de cuenta corriente y de ahorro
  - b. Los recibos de sueldo de los últimos 2 meses
  - c. La declaración fiscal más reciente, mostrando los dependientes
  - d. Cartas de reconocimiento de beneficios para la seguridad social, discapacidad, indemnización por accidente laboral y beneficios para veteranos.
  - e. Comprobante de monto para pensión alimenticia
  - f. Comprobante de monto para pensión compensatoria
  - g. Estados de cuenta de retiro o inversión
  - h. Brindar documentación adicional, conforme se le solicite
2. Se requiere que los pacientes notifiquen lo antes posible al consejero financiero acerca de cualquier cambio en su situación financiera.
3. Harrison Memorial Hospital le ofrecerá planes de pago sin interés para saldos no cubiertos por la asistencia financiera. Se requerirá un pago mensual mínimo de \$50.00 para participar en el plan de pago.
4. El incumplimiento en el pago del saldo no cubierto por la asistencia o los mínimos pagos mensuales podrán derivar en acciones de cobranzas y en la elaboración de informes a agencias de crédito.

**F. Comunicación de la política de asistencia financiera a pacientes y al público.** La notificación sobre asistencia financiera disponible del HMH, que deberá incluir un número de contacto, deberá ser difundida por HMH, a través de varios medios que podrán incluir, sin limitación, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes, el sitio de Internet de HMH, a través de la publicación de avisos en las salas de emergencia, clínicas de médicos especialistas, departamentos de registro y admisión, oficinas comerciales de hospital y oficinas de servicios financieros a pacientes que se encuentran ubicadas en los campus del establecimiento y en otros lugares públicos que HMH elija. Dicha información será proporcionada en los principales idiomas que habla la población a la que atiende HMH. Cualquier miembro del personal de HMH o del personal médico, incluidos médicos, enfermeras, consejeros financieros, trabajadores sociales, gestores de casos, capellanes y patrocinantes religiosos podrán realizar la derivación de pacientes para asistencia financiera. El paciente, un miembro de la familia, amigo cercano o asociado al paciente podrá solicitar asistencia financiera, sujeto a las leyes de privacidad aplicables. Los pacientes podrán llamar al consejero financiero para solicitar asistencia financiera. Las solicitudes serán enviadas por correo postal al paciente en forma gratuita.

**G. Requisitos regulatorios.** Al implementar esta política, la administración y establecimientos de HMH deberán cumplir con todo el resto de las leyes, normas y regulaciones locales, estatales y federales que puedan aplicar a las actividades realizadas en virtud de esta política.

## ADJUNTOS

- Instrucciones de solicitud de asistencia financiera.
- Solicitud de Asistencia Financiera
- Formulario de verificación de ingresos
- Resumen en lenguaje sencillo
- Lista de proveedores cubiertos por la política de asistencia Financiera



## RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

Harrison Memorial Hospital brinda asistencia financiera a pacientes sin seguro o pacientes con seguro que deben hacer pagos de su bolsillo y que no pueden pagar. Cualquier persona que necesite asistencia deberá completar la solicitud de asistencia financiera y proporcionar toda la documentación requerida. Harrison Memorial Hospital podrá solicitar información adicional necesaria para la revisión de la solicitud en forma telefónica o a través de correo postal.

Los pacientes sin seguro o los pacientes con seguro y saldo a abonar de sus bolsillos deberán calificar para cuidado de emergencia o cuidado **gratuito** necesario desde el punto de vista médico a través de la política de asistencia financiera, si las siguientes circunstancias aplican.

- El ingreso anual del grupo familiar del paciente es menor al 200% del nivel de pobreza federal.
- El paciente no tiene forma de pagar los cargos utilizando otros activos.
- El paciente ha aplicado a Medicaid o a otros programas estatales o federales.
- El paciente coopera plenamente en el proceso de solicitud.
- 

Los pacientes sin seguro o los pacientes con seguro y saldo a abonar de sus bolsillos deberán calificar para cuidado de emergencia o cuidado necesario desde el punto de vista médico con **descuento** a través de la política de asistencia financiera si las siguientes circunstancias aplican.

- El ingreso anual del grupo familiar del paciente es del 200% pero no excede el 400% del nivel de pobreza federal.
- El paciente no tiene forma de pagar los cargos utilizando otros activos.
- El paciente ha aplicado a Medicaid o a otros programas estatales o federales.
- El paciente coopera plenamente en el proceso de solicitud.
- 

Si el paciente es aprobado para asistencia financiera, no se le requerirá que pague más del monto que el Harrison Memorial Hospital generalmente les factura a los pacientes que poseen cobertura de seguro para el mismo cuidado de emergencia o cuidado necesario desde el punto de vista médico. A los pacientes nunca se les pedirá que realicen pagos o que establezcan un plan de pagos previo a recibir servicios de emergencia. Para servicios que no revistan el carácter de emergencia, se le podrá solicitar a un paciente que realice un pago el día del servicio o que establezca un plan de pagos.

Los servicios brindados por los proveedores contratados tales como radiólogos, anesthesiólogos, médicos hospitalistas, patólogos y proveedores de sala de emergencia no estarán cubiertos dentro de la política de asistencia financiera.

Los pacientes podrán obtener una copia gratuita de este resumen, la política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera del sitio de Internet de Harrison Memorial en [www.harrisonmemhosp.org](http://www.harrisonmemhosp.org). Las copias también se encuentran disponibles en la oficina del consejero financiero. También puede enviarse toda la información por correo postal directamente al paciente, contactando al consejero financiero al 859-235-3596.

El consejero financiero se encuentra disponible para contestar cualquier consulta o para asistirlo con el proceso de solicitud.



## **PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Cualquier servicio profesional brindado por un proveedor médico empleado por Harrison Memorial Hospital (médico, especialista diplomado en enfermería o auxiliar médico) será cubierto por la política de asistencia financiera. Los servicios brindados por proveedores con contrato, no empleados, no son cubiertos por la política de asistencia financiera. Ello incluye, sin limitación, los servicios brindados por radiólogos, patólogos, anestesiólogos, médicos hospitalistas y médicos de salas de emergencia. Los pacientes que califican para asistencia financiera son fuertemente alentados a contactar al consejero financiero a confirmar si el proveedor es empleado del Harrison Memorial Hospital previo a ser atendidos. El consejero financiero puede ser contactado llamando al 859-235-3596.



## INSTRUCCIONES Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Si usted no posee seguro, debe solicitar Medicaid y recibir la denegatoria. La carta denegatoria debería incluirse con la solicitud. El consejero financiero del Harrison Memorial Hospital asistirá a cualquier paciente en el proceso de solicitud de Medicaid.
2. Complete la solicitud de asistencia financiera.
3. Incluya todos los ingresos mensuales, gastos mensuales y activos requeridos en el formulario.
4. Brinde la siguiente documentación requerida:
  - a. Los últimos 3 meses de estados de cuenta corriente y de ahorro.
  - b. Los recibos de sueldo de los últimos 2 meses
  - c. La declaración fiscal más reciente, mostrando los dependientes
  - d. Cartas de reconocimiento de beneficios para la seguridad social, discapacidad, indemnización por accidente laboral y beneficios para veteranos.
  - e. Comprobante de monto para pensión alimenticia
  - f. Comprobante de monto para pensión compensatoria
  - g. Estados de cuenta de retiro o inversión
5. Si usted no posee ingresos mensuales, brinde una explicación de cómo paga sus gastos.
6. Firme la solicitud de asistencia financiera.

Por cualquier consulta o asistencia con la solicitud, contacte al consejero financiero.

- Teléfono (859) 235-3596
- Correo electrónico [financialcounseling@hmhosp.org](mailto:financialcounseling@hmhosp.org)
- Visite la oficina ubicada en la planta baja, al lado de la sala de emergencias

Envíe la solicitud completa por correo postal y la documentación requerida a:

Harrison Memorial Hospital  
Attn: Financial Counselor  
1210 KY Highway 36 E  
Cynthiana, KY 41031



# SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre del garante \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 N°. de teléfono durante el día \_\_\_\_\_ N°. de teléfono durante la noche \_\_\_\_\_ N°. de teléfono celular \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal \_\_\_\_\_ ID Nro. \_\_\_\_\_ Persona asegurada \_\_\_\_\_  
 Seguro secundario \_\_\_\_\_ ID Nro. \_\_\_\_\_ Persona asegurada \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE EMPLEO \_\_\_\_\_ ¿Su empleador ofrece seguro de salud?  Sí  No

Empleador \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_  
 Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre del miembro del grupo familiar	Parentesco	NSS	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Use una página separada por cada miembro del grupo familiar) **Número total de gente en el grupo familiar (incluido el paciente)** \_\_\_\_\_

### INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR

Sueldo bruto del garante de los cheques de sueldo/formulario de impuesto sobre la renta W2	\$ _____
Sueldo bruto del cónyuge de los cheques de sueldo/formulario de impuesto sobre la renta W2	\$ _____
Bonos/propinas	\$ _____
Beneficios por desempleo	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Seguridad de ingreso suplementario/Discapacidad/K-tap	\$ _____
Pensión/jubilación	\$ _____
Indemnización por accidente de trabajo	\$ _____
Pensión compensatoria	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____
Ingreso por alquiler de propiedades	\$ _____
Ingresos de todo el resto de las fuentes	\$ _____
<b>Ingreso mensual total</b>	<b>\$ _____</b>

### ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR

Efectivo en mano	\$ _____
Saldo de cuenta corriente	\$ _____
Saldo de cuenta de ahorro	\$ _____
Acciones/bonos/Servicios de Impuestos Internos/planes de retiro 401 (k)	\$ _____
¿Otros activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Si es sí, enumere _____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Activos totales</b>	<b>\$ _____</b>







# ASISTENCIA FINANCIERA VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Paciente/ Nombre del garante

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, el paciente/garante mencionado anteriormente, certifico que no ha habido cambios en mi estado financiero desde que se completó y aprobó mi solicitud anterior de asistencia financiera de Harrison Memorial Hospital. Al firmar a continuación, confirmo que las siguientes medidas de asistencia no han cambiado:

- Cobertura del seguro
- Tamaño del hogar
- Información laboral
- Salarios brutos
- Seguro Social
- SSI/Discapacidad
- Pensión/jubilación
- Activos del grupo familiar
  - Efectivo en mano
  - Saldos medios de las cuentas corrientes y de ahorro

Firma del paciente/garante

Fecha \_\_\_\_\_

## ÚNICAMENTE PARA USO DE OFICINA

Fecha de aprobación original de FAP \_\_\_\_\_

% de descuento aprobado por la FAP \_\_\_\_\_

Firma del consejero financiero \_\_\_\_\_