



HOUSTON HEALTHCARE

Solicitud de Ayuda Económica

Para calificar para ayuda económica con base en los ingresos, el ingreso anual del grupo familiar tiene que ser menor o igual al 300 % de las Directrices Federales de Pobreza. La cantidad máxima que un paciente pagará es la cantidad generalmente facturada (AGB) a los pacientes asegurados como lo define la política de ayuda económica.

Las Directrices Federales de Pobreza de 2024 se detallan abajo:

| Tamaño de la familia | Guía Federal de pobreza 2024 | Menores o iguales a | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|---|--|---|---|
| | | 125% de las Guías Federales de pobreza | 200% de las Guías Federales de pobreza | 225% de las Guías Federales de pobreza | 250% de las Guías Federales de pobreza | 275% de las Guías Federales de pobreza | 300% de las Guías Federales de pobreza |
| 1 | 15,060 | 18,825 | 30,120 | 33,885 | 37,650 | 41,415 | 45,180 |
| 2 | 20,440 | 25,550 | 40,880 | 45,990 | 51,100 | 56,210 | 61,320 |
| 3 | 25,820 | 32,275 | 51,640 | 58,095 | 64,550 | 71,005 | 77,460 |
| 4 | 31,200 | 39,000 | 62,400 | 70,200 | 78,000 | 85,800 | 93,600 |
| 5 | 36,580 | 45,725 | 73,160 | 82,305 | 91,450 | 100,595 | 109,740 |
| 6 | 41,960 | 52,450 | 83,920 | 94,410 | 104,900 | 115,390 | 125,880 |
| 7 | 47,340 | 59,175 | 94,680 | 106,515 | 118,350 | 130,185 | 142,020 |
| 8 | 52,720 | 65,900 | 105,440 | 118,620 | 131,800 | 144,980 | 158,160 |
| Cantidad máxima que la persona tiene responsabilidad de pagar | | \$0.00 | La cantidad menor de \$150.00 o las AGB. | La cantidad mayor de \$150.00 o 15 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB. | La cantidad mayor de \$150.00 o el 30% de las AGB, a menos que las AGB sean menores que \$150.00, entonces, las AGB. | La cantidad mayor de \$150.00 o el 45 % de las AGB, a menos que las AGB sean menores que \$150.00, entonces, las AGB. | La cantidad mayor de \$150.00 o el 60 % de las AGB, a menos que las AGB sean menores que \$150.00, entonces, las AGB. |

Para calificar para ayuda económica en base a los gastos médicos, los gastos médicos incurridos dentro de los 90 días anteriores deben de ser mayores que el 15 % del ingreso anual del grupo familiar.

Se puede entregar una solicitud completa en persona a cualquier consejero financiero ubicado en la oficina de Servicios Financieros al Paciente, en 233 North Houston Road, Suite 230, Warner Robins, GA 31093. También puede enviar una solicitud por correo a la siguiente dirección:

Información de contacto:
Correo electrónico: hhc-financialcounseling@hhc.org
Teléfono: (478) 329-3456
Fax: (478) 322-2579

Revisado el 13 de febrero de 2024

Procedimientos para obtener ayuda económica:

1. Cuando se recibe una Solicitud para ayuda económica, se revisará que esté completa, lo cual incluye toda la documentación de respaldo.

LAS SOLICITUDES NO SE PUEDEN PROCESAR HASTA QUE SE DÉ TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO.

2. Si se determina que la Solicitud está incompleta, Houston Healthcare hará lo siguiente:
 - a. Suspender cualquier acción de cobro en contra del paciente/Garante.
 - b. Darle al paciente un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional que el paciente debe enviar para completar su Solicitud.
 - c. Darle al paciente por lo menos un aviso por escrito que informe al paciente/garante acerca de las acciones de cobro, incluyendo cualquier medida de cobranza extraordinaria que se pueda iniciar o reanudar, si la Solicitud no se completa o si no se paga la cantidad adeudada en la fecha límite para completar la Solicitud, que no será antes de 30 días de la fecha del aviso.
 - d. Si no se envía toda la documentación de respaldo o no se paga la cantidad adeudada en un plazo de 30 días del aviso escrito como se describe en el párrafo de arriba, se denegará la solicitud de ayuda económica y la cuenta permanecerá en el ciclo de cobro. Se puede enviar una nueva solicitud, si la fecha de la solicitud está dentro de los 240 días después de que Houston Healthcare emitiera el primer estado de cuenta al paciente después del alta.
3. Una vez que se haya recibido y revisado una solicitud completa, el consejero financiero hará una recomendación de aprobación o denegación sobre la solicitud. La solicitud se les da a las personas idóneas con base en el saldo de la cuenta y en la cantidad de descuento de ayuda económica solicitada para aprobación. Houston Healthcare comunicará una decisión en no más de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la Solicitud de Ayuda Económica completa.
4. Se informará al paciente por escrito de la decisión de Houston Healthcare para dar Ayuda económica.

Directrices para solicitud de Ayuda económica:

Todas las solicitudes de ayuda económica se deben enviar utilizando la solicitud de ayuda económica de Houston Healthcare. La solicitud se debe completar en su totalidad y con toda la documentación de respaldo adjunta a la solicitud.

1. El período de solicitud durante el cual Houston Healthcare aceptará y procesará una solicitud de ayuda económica finaliza en el día 240 después de que Houston Healthcare emita el primer estado de cuenta al paciente después del alta.
2. El Solicitante debe enviar la siguiente documentación de respaldo, si corresponde, con una solicitud completa:
 - i. Prueba de ingresos: Formulario IRS W-2, la declaración de impuesto sobre la renta más reciente, recibos de pago que cubran los últimos 90 días consecutivos a partir de la fecha de solicitud, prueba de Seguro Social, recibos de desempleo, ingresos por inversiones, pensión alimenticia, compensación para los trabajadores, ingresos por rentas/comisiones, ingresos por jubilación y cualquier otra documentación que respalde el ingreso del grupo familiar, según se define en la política de ayuda económica.
 - ii. Información sobre estados de cuenta corriente y de ahorros de los tres últimos meses.
 - iii. Si los ingresos anuales del grupo familiar han disminuido un 10 % o más que la declaración de impuesto sobre la renta más reciente, el solicitante debe enviar una explicación por escrito sobre la disminución en los ingresos anuales del grupo familiar.
 - iv. Prueba de gastos médicos: todos los estados de cuenta de facturación para gastos médicos incurridos dentro de los últimos 90 días.
 - v. Carta de denegación de desempleo

- vi. Cualquier documento adicional que el solicitante considere necesario para respaldar su solicitud de ayuda Económica.
3. Falsificar la información en la solicitud será fundamento para denegar o revocar la ayuda Económica. La falsificación de información incluye, pero no se limita a, no declarar sus bienes.
4. El solicitante debe identificar todas las fuentes de pago conocidas de terceros por los servicios prestados. El solicitante debe cooperar con Houston Healthcare en la presentación de reclamos y cobro de reembolsos de todas las fuentes de pago de terceros. No cooperar será motivo para denegar la Ayuda Económica.
5. El solicitante deberá cooperar en la solicitud de Ayuda Económica de otras fuentes, como Medicaid y otros programas. No cooperar será motivo para denegar la Ayuda Económica.

Definiciones:

1. **Grupo familiar:** el grupo familiar consiste en el solicitante, el cónyuge y todos los dependientes legales, según lo permita el Servicio de Rentas Internas (IRS). Si el solicitante es menor de edad o dependiente legal para fines del impuesto sobre la renta, el grupo familiar incluirá a los padres, tutores legales o al contribuyente que reclame al paciente como dependiente para fines del impuesto sobre la renta.
2. **Ingresos del grupo familiar:** los ingresos anuales combinados de todos los miembros del Grupo familiar, como se definió previamente, que incluye al paciente o al Garante. Los ingresos anuales combinados se calcularán anualizando los ingresos documentados durante los últimos noventa (90) días consecutivos. Con el fin de determinar la elegibilidad financiera para obtener Ayuda Económica, el ingreso incluye todo el dinero recibido antes de impuestos de todas las fuentes, incluyendo, pero sin limitarse a, pagos por inmuebles, ingreso neto por rentas, pensión alimenticia, asignaciones para familia de militares, pensiones o planes de retiro de empleado, pago por retiro militar, pagos de veteranos, ingresos por empleo por cuenta propia, comisiones, pagos de Seguro Social, retiros del ferrocarril, compensación por desempleo, seguro habitual o pagos de rentas vitalicias, ingreso por intereses, pensiones privadas, beneficios por compensación de los trabajadores y salarios por empleo. El Hospital solicitará documentación de respaldo que deberá enviarse con la Solicitud en papel. El ingreso no incluye Medicare, Medicaid, cupones para alimentos, fondos de ayuda por gastos de calefacción, almuerzos escolares o ayuda para vivienda, parte del seguro médico pagado por el empleador o sindicato u otros beneficios adicionales de empleo, alimentos o vivienda recibidos en lugar de salarios, préstamos, ayuda con base en las necesidades por parte de organizaciones sin fines de lucro, pago por manutención de menores o crianza temporal o ayuda por desastres.
3. **Gastos médicos permitidos:** las facturas médicas totales del grupo familiar que calificarían como gastos médicos deducibles para propósitos del impuesto sobre la renta Federal, sin importar si los gastos superan el umbral requerido del IRS para tomar la deducción que se ha incurrido en los últimos noventa (90) días antes del servicio en Houston Healthcare. Se pueden incluir las facturas pagadas y no pagadas.
4. **Garante (Parte responsable):** una persona que no sea el paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.



HOUSTON HEALTHCARE

Solicitud de Ayuda Económica

| <i>Número de MR y Número de cuenta que debe completar el personal del hospital</i> | | Número de MR | Hospital | Número de cuenta | |
|---|---------------------|--|--|---|--|
| Primer nombre del paciente: | | Iniciales del segundo nombre del paciente: | Apellido del paciente: | | Fecha de nacimiento: Total de miembros del grupo familiar: |
| Dirección: | | | N.º de Seguro Social del paciente: | Teléfono del domicilio/Teléfono celular | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | | | Nombre de la parte responsable (nombre, iniciales del segundo nombre, apellido): | | |
| Indique TODOS los nombres de los miembros del grupo familiar | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social | Parentesco con el paciente | | Ingresos mensuales |
| 1. | | - - | | | \$ |
| 2. | | - - | | | \$ |
| 3. | | - - | | | \$ |
| 4. | | - - | | | \$ |
| 5. | | - - | | | \$ |
| 6. | | - - | | | \$ |
| Ingresos | | | Cantidades reportadas en la última declaración de impuestos | | |
| Sueldos, salarios, propinas, etc. Adjuntar comprobantes de pago que cubran los últimos 90 días consecutivos | | \$ | Sueldos, salarios, propinas, etc. Adjunte Formulario(s) W-2 | | \$ |
| Ingresos por inversiones. Intereses, dividendos y ganancias de capital o (pérdidas de capital) | | \$ | Ingresos por inversiones. Intereses, dividendos y ganancias de capital o (pérdidas de capital) | | \$ |
| Pensión alimenticia | | \$ | Pensión alimenticia | | \$ |
| Ingresos de negocios o (pérdida) | | \$ | Ingresos de negocios o (pérdida) | | \$ |
| Seguro Social | | \$ | Seguro Social | | \$ |
| Desempleo | | \$ | Desempleo | | \$ |
| Compensación de los trabajadores lesionados | | \$ | Compensación de los trabajadores lesionados | | \$ |
| Ingresos por rentas, comisiones, sociedades | | \$ | Ingresos por rentas, comisiones, sociedades | | \$ |
| Ingresos por jubilación | | \$ | Ingresos por jubilación | | \$ |
| Ingresos por agricultura | | \$ | Ingresos por agricultura | | \$ |
| Otro: | | \$ | Otro: | | \$ |
| Ingreso mensual total (antes de impuestos) | | \$ | Ingreso total de acuerdo con la Declaración de impuestos federal | | \$ |

Certifico que la información dada arriba es una representación precisa y verdadera de mi información financiera. Asimismo, certifico que no existe cobertura de seguro adicional para este paciente que no sea la que se indicó al momento del registro. Comprendo que dar información falsa provocará la denegación de la solicitud para cualquier tipo de ayuda económica a través de Houston Healthcare. Si tuviera derecho a alguna acción contra o pago de beneficios por parte pagadores ajenos, tomaría toda acción necesaria o solicitada por Houston Healthcare para obtener dicha ayuda y la asignaría a Houston Healthcare. Al recibo de cualquier pago de beneficios por parte de pagadores ajenos, pagaré a Houston Healthcare todas las cantidades recobradas hasta el total del saldo pendiente en la cuenta. Si no solicito dicha ayuda o no sigo con el proceso de solicitud o realizo dichas acciones razonablemente necesarias o solicitadas por Houston Healthcare se me denegará esta solicitud. Asimismo, autorizo a Houston Healthcare para que revise mi historial crediticio por medio de la agencia de crédito, si lo considera apropiado.

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha

Revisado el 13 de febrero de 2024

Información sobre impuestos

En el caso que usted no haya presentado la declaración de impuestos del año anterior, llene y firme abajo: (incluya el nombre de su cónyuge, si corresponde)

Yo, _____, no he presentado y no presentaré la declaración de impuestos del año _____

Firma

Fecha

Firma del cónyuge (si corresponde)

Fecha

Información sobre cuenta corriente y de ahorros

En el caso que usted no tenga cuenta corriente o de ahorros, llene y firme abajo: (incluya el nombre de su cónyuge, si corresponde)

_____ Yo no tengo una cuenta corriente.

_____ Yo no tengo una cuenta de ahorros.

Firma

Fecha

Firma del cónyuge (si corresponde)

Fecha

Documento de respaldo

En caso de que usted no tenga casa propia ni alquiler, y esté viviendo con alguien, esta persona debe completar esta información:

_____ vive conmigo y le ayudo financieramente con lo que pueda necesitar.
Él/Ella no trabaja y no tiene ingresos. Yo sí ___ o no ___ lo/la reclamo en mis impuestos.

Firma

Relación

Fecha