



HOUSTON HEALTHCARE

Solicitud de Asistencia Financiera

Para calificar para recibir asistencia financiera con base en los **ingresos**, los ingresos anuales del grupo familiar tiene que ser menor o igual al 300 % de las Directrices Federales de Pobreza. El monto máximo que un paciente pagará es el monto generalmente facturado (AGB) a los pacientes asegurados como lo define la política de asistencia financiera.

Las Directrices Federales de Pobreza 2016 se detallan a continuación:

Tamaño de la familia	Directriz Federal de Pobreza 2016	Menores o iguales a					
		125 % de las Directrices Federales de Pobreza	200 % de las Directrices Federales de Pobreza	225 % de las Directrices Federales de Pobreza	250 % de las Directrices Federales de Pobreza	275 % de las Directrices Federales de Pobreza	300 % de las Directrices Federales de Pobreza
1	11,880	14,850	23,760	26,730	29,700	32,670	35,640
2	16,020	20,025	32,040	36,045	40,050	44,055	48,060
3	20,160	25,200	40,320	45,360	50,400	55,440	60,480
4	24,300	30,375	48,600	54,675	60,750	66,825	72,900
5	28,440	35,550	56,880	63,990	71,100	78,210	85,320
6	32,580	40,725	65,160	73,305	81,450	89,595	97,740
7	36,730	45,913	73,460	82,643	91,825	101,008	110,190
8	40,890	51,113	81,780	92,003	102,225	112,448	122,670
Monto máximo que la persona tiene responsabilidad de pagar		\$0.00	El monto menor, \$150.00 o AGB	El monto mayor, \$150.00 o 15 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.	El monto mayor, \$150.00 o 30 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.	El monto mayor, \$150.00 o 45 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.	El monto mayor, \$150.00 o 60 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.

Para calificar para recibir asistencia financiera en base a los **gastos médicos**, los gastos médicos incurridos dentro de los 90 días anteriores deben ser mayores que el 15 % de los ingresos anuales del grupo familiar.

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

Houston Healthcare
 Attn: Financial Counseling
 P.O. Box 2886
 Warner Robins, GA 31099

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

Procedimientos para obtener asistencia financiera:

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

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

2. Si se determina que la Solicitud está incompleta, Houston Healthcare tomará las siguientes medidas:
 - a. Suspender cualquier acción de cobro en contra del paciente/Garante.
 - b. Proporcionar al paciente un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional que el paciente debe enviar para completar su Solicitud.
 - c. Proporcionar al paciente por lo menos un aviso por escrito que informe al paciente/garante acerca de las acciones de cobro incluyendo medida de cobranza extraordinaria que se puede iniciar o reanudar, si la Solicitud no se completa o si no se paga el monto adeudado 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 soporte o no se paga el monto adeudado en un plazo de 30 días del aviso escrito como se describe en el párrafo anterior, se denegará la solicitud de asistencia financiera y la cuenta permanecerá en el ciclo de cobro. Se puede enviar una nueva solicitud, si la fecha de la solicitud se encuentra en los siguientes 240 días después de que Houston Healthcare emitiera el primer estado de cuenta al paciente después del alta.
3. Después de que se haya recibido y revisado una solicitud completa, el asesor 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 el monto de descuento de asistencia financiera solicitado para aprobación. Houston Healthcare comunicará una decisión en no más de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la Solicitud de Asistencia financiera completa.
4. El paciente será notificado por escrito acerca de la decisión de Houston Healthcare de proporcionar Asistencia financiera.

Directrices para solicitud de Asistencia financiera:

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

1. El período de solicitud durante el cual Houston Healthcare aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera 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 aplica, con una solicitud completa:
 - i. Prueba de ingresos: Formulario IRS W-2, la declaración de impuestos sobre la renta más reciente, comprobantes 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 soporte el ingreso de la familia, según se define en la política de asistencia financiera.
 - ii. Información sobre estados de cuenta de cuenta corriente y de ahorros de los tres últimos meses.
 - iii. Si los ingresos anuales de la familia han disminuido un 10% o más que la declaración de impuestos sobre la renta más reciente, el solicitante debe enviar una explicación por escrito sobre la disminución en los ingresos familiares anuales.
 - 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 asistencia financiera.
3. Falsificar la información en la solicitud será fundamento para denegar o revocar la asistencia financiera. 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 Asistencia financiera.
 5. El solicitante deberá cooperar en la solicitud de Asistencia financiera de otras fuentes, como Medicaid y otros programas. No cooperar será motivo para denegar la Asistencia financiera.

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, por sus siglas en inglés). Si el solicitante es menor de edad o dependiente legal para los fines de los impuestos sobre la renta, el grupo familiar incluirá al (a los) padre(s), tutor(es) legal(es) o el contribuyente que reclame al paciente como dependiente para los fines de los impuestos sobre la renta.
2. **Ingresos del grupo familiar:** los ingresos anuales combinados de todos los miembros dentro 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 Asistencia financiera, los ingresos incluyen todo dinero recibido antes de impuestos de todas las fuentes, incluyendo, pero sin limitarse a, pagos por inmuebles, ingresos netos 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 regular o pagos de rentas vitalicias, ingresos por intereses, pensiones privadas, beneficios por compensación de los trabajadores y salarios por empleo. El Hospital solicitará documentación de soporte a ser enviada con la Solicitud en papel. Los ingresos no incluyen Medicare, Medicaid, cupones para alimentos, fondos de asistencia por gastos de calefacción, almuerzos escolares o asistencia 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, obsequios, préstamos, asistencia con base en las necesidades por parte de organizaciones sin fines de lucro, pago por manutención de menores u cuidado temporal o asistencia en caso de desastres.
3. **Gastos médicos permitidos:** las facturas médicas totales del grupo familiar que calificarían como gastos médicos deducibles con propósitos de impuestos sobre la renta Federal, sin importar si los gastos superan el umbral requerido del IRS para tomar la deducción en 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.

Información sobre impuestos

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

_____ No tengo una cuenta corriente.

_____ 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 la siguiente 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



HOUSTON HEALTHCARE

Solicitud de Asistencia Financiera

<i>Número de MR y Número de cuenta a ser llenadas por 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:			Nº 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			Montos reportados 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 proporcionada anteriormente 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 proporcionar información falsa provocará la denegación de la solicitud para cualquier tipo de ayuda financiera a través de Houston Healthcare. Si tuviera derecho a alguna acción contra o pago de beneficios por parte de pagadores ajenos, tomaría toda acción necesaria o solicitada por Houston Healthcare para obtener dicha asistencia y la asignaría a Houston Healthcare. Al recibo de cualquier pago de beneficios por parte de pagadores ajenos, pagaré a Houston Healthcare todos los montos recobrados hasta el total del saldo pendiente en la cuenta. Si no solicito dicha asistencia o no sigo con el proceso de solicitud o realizo dichas acciones razonablemente necesarias o solicitadas por Houston Healthcare dará como resultado la denegación de esta solicitud. Asimismo, autorizo a Houston Healthcare para que evalúe mi historial crediticio por medio de la agencia de crédito, si lo considera apropiado.

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha