

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO – Política y solicitud de asistencia financiera

ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

Conforme a la misión, visión y valores de Centegra, al igual que de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, los Hospitales Centegra proporcionarán atención gratuita o con descuento u otro programa público a los pacientes asegurados y no asegurados según la necesidad financiera. Si usted es considerado elegible para recibir asistencia financiera, es posible que no se le cobre más del importe generalmente facturado para atención médica necesaria o de emergencia y recibirá atención gratuita o con un descuento significativo. Por favor consulte la Política de asistencia financiera de Centegra para obtener información adicional.

ELEGIBILIDAD: La elegibilidad se basa en el tamaño del núcleo familiar y el ingreso familiar. Existen tres tipos de descuentos:

1. Descuento de asistencia financiera total del 100%
2. Descuento de asistencia financiera parcial del 80%
3. Descuento de asistencia financiera parcial del 70%

Tamaño del núcleo familiar	Pautas del FPL 2019	Descuento de FA del 100%	Descuento de FA del 80%	Descuento de FA del 70%
		200% del FPL	350% del FPL	600% del FPL
1	\$12,490	\$24,980	\$43,715	\$74,940
2	\$16,910	\$33,820	\$59,185	\$101,460
3	\$21,330	\$42,660	\$74,655	\$127,980
4	\$25,750	\$51,500	\$90,125	\$154,500
5	\$30,170	\$60,340	\$105,595	\$181,020
6	\$34,590	\$69,180	\$121,065	\$207,540
7	\$39,010	\$78,020	\$136,535	\$234,060
8	\$43,430	\$86,860	\$152,005	\$260,580

Para los núcleos familiares de más de 8 personas se añaden \$4,420 por cada persona adicional

Las pautas FED entrarán en vigencia el 11 de enero de 2019

CÓMO OBTENER SU DESCUENTO DE INMEDIATO

1. Complete la breve Solicitud de asistencia financiera
2. Proporcione la siguiente documentación de respaldo:
 - a. 2 estados de cuenta y comprobantes de cualquier fuente de ingresos del solicitante (y del cónyuge, si es el caso)
 - b. Formularios más recientes y completos de impuestos sobre la renta y/o el W2 más reciente
 - c. Formulario de alojamiento y comidas firmado, según sea el caso
 - d. Declaración de cero ingresos, según sea el caso (para el solicitante y/o cónyuge)
 - e. Se puede requerir documentación adicional contra entrega por la Política de asistencia financiera
3. Entregue la solicitud y la documentación de respaldo a Centegra en persona, por correo de los EE.UU., correo electrónico o fax a:

Centegra Health System

Coordinador de Asistencia Financiera

Coordinador de Asistencia Financiera

Teléfono: 815-334-5578

Fax: 815-334-5039

P.O. Box 1990

527 W. South Street

Woodstock, IL 60098

CentegraFinancialAssistance@centegra.com

DÓNDE OBTENER UNA COPIA GRATUITA DE LA SOLICITUD Y DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. En línea en <https://www.nm.org/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>.
2. Contactando a uno de los Coordinadores de Asistencia Financiera en persona o por teléfono, fax o por correo
3. La solicitud y la política de asistencia financiera también se encuentran disponibles en español. Si se requiere una traducción en algún otro idioma, por favor comuníquese a un Asesor de Asistencia Financiera.

NO ES NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ASISTENCIA GRATUITA O CON DESCUENTO

Sin embargo, el número de seguro social se requiere para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proporcionar un número de seguro social, pero le ayudará al hospital a determinar si califica para cualquier programa público.

Al completar la solicitud, usted, el paciente, reconoce que ha realizado un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudarnos a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera.



Una vez que su solicitud completada haya sido procesada, se enviará una resolución por escrito en el correo. Por favor tenga en cuenta que la asistencia financiera puede no estar disponible para TODOS los servicios o para TODOS los proveedores. Por favor consulte el Anexo C de la Política de asistencia financiera para obtener una explicación más extensa de los servicios y los proveedores cubiertos bajo la política. La asistencia financiera no será aprobada hasta que todos y cada uno de los pagos correspondientes a terceros hayan sido recibidos. Si usted incurre en facturas médicas adicionales, puede ser necesario que vuelva a solicitar con documentos actuales.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
VISITA(S): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del aval: _____ Fecha de nacimiento del aval: _____

Nombre del cónyuge o pareja: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge o pareja: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Número telefónico: _____ Número celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/AVAL

Número de seguro social: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Número telefónico del empleador: _____

Fecha de contratación: _____ Fecha de terminación: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA

Número de seguro social: _____

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Número telefónico del empleador: _____

Fecha de contratación: _____ Fecha de Terminación: _____

SEGURO MÉDICO

¿Su empleador ofrece beneficios de seguro médico? Sí No

¿Es usted elegible para recibir beneficios para veteranos? Sí No

¿Es usted elegible para recibir beneficios COBRA? Sí No

Compañía de seguros: _____ No. de póliza: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

¿Su saldo está relacionado con una indemnización laboral o alguna otra responsabilidad? Sí No En caso afirmativo, fecha del accidente: _____

DEPENDIENTES DECLARADOS EN EL IRS 1040 – INCLUIR NOMBRE, EDAD Y RELACIÓN

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

INGRESOS MENSUALES Y ACTIVOS

	<u>PACIENTE</u>	<u>CÓNYUGE O PAREJA</u>	<u>ACTIVOS</u>	<u>PACIENTE</u>	<u>CÓNYUGE O PAREJA</u>
Salarios			Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión			Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro social			Acciones/bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos por rentas					
Manutención de hijos					
Pensión alimenticia					
Asistencia gubernamental					
Distribuciones de IRA					
Distribuciones de 401k					
Desempleo					
Indemnización laboral					
Otro					
Totales					

GASTOS MENSUALES: PACIENTE Y CÓNYUGE/PAREJA

Vivienda: Renta o hipoteca:	\$ _____
Servicio públicos:	\$ _____
Alimento:	\$ _____
Otro	\$ _____
Total de gastos:	\$ _____

Certifico que la información en esta solicitud es fiel y exacta a mi leal saber. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si con pleno conocimiento proporciono información falsa en esta solicitud, no será elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que me haya sido otorgada puede revertirse, y será responsable por el pago de la factura hospitalaria.

Firma del paciente o aval (Requerida) _____ Fecha _____

Firma del Asesor Financiero _____ Fecha _____

ASISTENCIA FINANCIERA
DECLARACIÓN DE CERO INGRESOS/DECLARACIÓN RESIDENCIAL

Debe ser llenada por la persona que solicita la asistencia financiera

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número telefónico del paciente: _____

Número(s) de cuenta: _____

Declaro que actualmente estoy desempleado y no poseo una fuente de ingresos.

Declaro que actualmente no tengo un hogar o vivo en un albergue.

Si vive en un albergue, por favor proporcione el nombre: _____

Debe ser llenado por el cónyuge de la persona que solicita la asistencia financiera

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Declaro que actualmente estoy desempleado y no poseo una fuente de ingresos.

Declaro que actualmente no tengo un hogar o vivo en un albergue.

Si vive en un albergue, por favor proporcione el nombre: _____

Firma del paciente

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

P.O. Box 1990
Woodstock, IL 60098

DECLARACIÓN DE ALOJAMIENTO Y COMIDAS

Se requiere si el paciente depende de alguien más para ayudarlo a cubrir la totalidad o parte de los gastos de mantenimiento diarios. Debe ser llenada por la persona y/o el familiar que ayuda al paciente.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número(s) de cuenta: _____

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Su número telefónico: _____

Relación con el paciente: _____

¿Cuánto tiempo hace que le brinda asistencia? _____

Por favor especifique lo que proporciona al paciente:

Le he proporcionado:

- Alojamiento y/o comidas (hospedaje y alimentos)
- Gastos de transporte, préstamo de automóvil, seguro para automóvil, gasolina, etc.
- Medicamentos
- Vestimenta
- Pagos de tarjeta de crédito
- Gastos escolares
- Otros, por favor describa: _____

Proporciono alojamiento y comidas para la persona nombrada anteriormente pero no puedo contribuir para sus gastos médicos.

Firma

Fecha