

INSTRUCCIONES Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Complete la solicitud de asistencia financiera.
2. Incluya todos los ingresos mensuales y los gastos en los espacios proporcionados.
3. Proporcione constancia de ingresos, que incluyan:
 - a) 2 últimos comprobantes de sueldo o W-2 más reciente;
 - b) Declaraciones de impuestos más recientes;
 - c) Carta de testimonio;
 - d) Cartas de otorgamiento de beneficios o formularios 1099 que muestren la administración de los beneficios del Seguro Social, de discapacidad, de compensación laboral o de veteranos;
 - e) Copias del otorgamiento de beneficios o formularios 1099 que muestren beneficios de desempleo, retiro *, o pensión;
 - f) Prueba de los activos que pueden incluir, pero no limitarse a cuentas corrientes, de ahorros, inversiones, participaciones y cuentas de jubilación de los últimos tres meses;
 - g) Verificación de la condición de auto- empleo y los ingresos recibidos:
 - (1) Recibos de clientes,
 - (2) Impuestos federales sobre los ingresos firmados, del año más reciente de presentación que incluyen el cronograma apropiado que demuestre los ingresos de auto-empleo, corporación-S, u otra entidad similar.
4. Firme la solicitud de asistencia financiera.

Si usted no tiene ingresos, deberá proporcionar una explicación sobre la manera en que cumple con sus gastos de la vida diaria.

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al (270) 685-7501 o visite la oficina de negocios, ubicada en 2511 Frederica St. Owensboro KY 42301, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. O puede enviarnos un correo electrónico a financialassistance@owensborohealth.org.

Envíe por correo la solicitud completa y documentos a:

Owensboro Health
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304
Attn: Asesor financiero

Una vez que recibamos toda la información y la documentación solicitada, determinaremos su elegibilidad para participar del programa de asistencia financiera y lo notificaremos por correo dentro de los siguientes 30 días.



Nombre de la parte responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Estado civil: _____

Nombre de su cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ SSN del cónyuge: _____
 Seguro primario: _____ Nro. de ID : _____ Persona asegurada: _____
 Seguro secundario: _____ Nro. de ID : _____ Persona asegurada: _____

Nombre del miembro familiar	Relación	SSN	Edad

(Use parte posterior de la página para miembros adicionales del grupo familiar) Cantidad de personas del grupo familiar (incluido el paciente) _____

EMPLEO:

Empleador _____ Antigüedad en el empleo o fecha de contratación: _____
 Empleador del cónyuge empleador _____ Antigüedad en el empleo o fecha de contratación del cónyuge: _____

INGRESO BRUTO:

	Mensual (\$)
Salarios brutos de cheques de pago/W2 de la parte responsable o del paciente	_____
Salarios brutos de cheques de pago/W2 del cónyuge y cualquier hijo	_____
Pensión alimenticia:	_____
Seguro social:	_____
SSI/discapacidad/K-Tap:	_____
Desempleo:	_____
Pensión:	_____
Cupones de alimentos:	_____
Otros ingresos (por ejemplo, Inversión, Compensación de trabajadores.):	
Sí/No (marque uno) En caso afirmativo, indique: _____	_____

INGRESO MENSUAL TOTAL: \$ _____

GASTOS:

Renta/hipoteca:	\$ _____
Alimentos y suministros:	_____
Servicios:.....	_____
Teléfono:.....	_____
Cuidado de niños:	_____
Primas de seguro (auto, salud, dental, de vida, hogar, etc.):.....	_____
Medicamentos recetados:	_____
¿Otros gastos? Sí/No (marque uno) En caso afirmativo, indique: _____	_____

GASTOS MENSUALES TOTAL: \$ _____

RECURSOS:

Cuentas corrientes y de ahorros:.....	\$ _____
Valores de acciones y bonos:.....	\$ _____
Bienes inmuebles que no sean de residencia principal: Valor _____ Saldo adeudado _____	
¿Otros recursos? Sí/No (marque uno) en caso afirmativo, indique: _____	_____
TOTAL DE RECURSOS: \$ _____	

Certifico que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y real, según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa o retengo información al solicitar cobertura de asistencia, mi solicitud puede ser rechazada y Owensboro Health puede gestionar la cobranza de cualquier saldo pendiente. En ese caso, también podría estar sujeto a enjuiciamiento por fraude. Estoy de acuerdo con notificar a OH de cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario, incluida la dirección, número de teléfono y los ingresos.

(FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE) (FECHA)

(FIRMA DEL CÓNYUGE) (FECHA)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

% de descuento aprobado _____

Fecha presentación _____

Firma del FC _____

Aprobación de firma _____

Fecha aprobación _____



ANEXO C RESUMEN DE LENGUAJE SIMPLE

Owensboro Health ("OH") ofrece ayuda económica a los pacientes con no tienen seguro médico, o las personas que tienen responsabilidades a pagar de-su-bolsillo y no pueden pagarlas incluso después de que el seguro haya pagado parte de su atención. Los pacientes deben presentar una solicitud para recibir asistencia financiera y toda la documentación de apoyo requerida, demostrando necesidad financiera o de lo contrario deben cumplir con los requisitos de la póliza de asistencia financiera del hospital.

La solicitud del programa de asistencia financiera, la póliza y el Resumen de lenguaje simple se pueden encontrar en el sitio web del Hospital. Como alternativa, pueden obtener copias impresas de la póliza de asistencia financiera del Hospital, el Resumen de lenguaje simple o el formulario de solicitud en forma gratuita al visitar o llamar a servicios financieros para pacientes del Hospital. Usted puede comunicarse con la oficina de servicios financieros para pacientes para discutir cualquier pregunta que pueda tener. Este Resumen de lenguaje simple estará disponible en inglés y español. Si se necesitan documentos adicionales, nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo para hacerle saber qué más se necesita.

Si usted no tiene seguro médico, generalmente calificará para atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en forma gratuita bajo el programa de asistencia financiera del OH (1) si usted tiene un ingreso familiar anual igual o menor a 225% del nivel Federal de pobreza, (2) carece de cualquier otro activo para pagar por sus cargos y (3) si OH le solicita que lo haga, usted solicita Medicaid u otro programa estatal o federal y coopera completamente en el proceso de solicitud y determinación.

Si usted no tiene seguro médico o si tiene un saldo pendiente después de seguro, por lo general usted calificará para la emergencia con descuento y otro cuidado médicamente necesario bajo el programa de asistencia financiera del OH (1) si usted tiene un ingreso familiar del 375% del nivel Federal de pobreza, (2) carece de cualquier otro activo para pagar por los montos por los que sea personalmente responsable y (3) si OH se le solicita, solicita los programas de Medicaid u otros programas estatales o federales y coopera completamente en el proceso de solicitud y determinación.

Si OH determina que usted es elegible para recibir asistencia financiera, usted no será personalmente responsable de pagar más que la cantidad que generalmente le facturamos por la misma atención a pacientes que tienen cobertura de seguro. Además, usted nunca deberá hacer pagos anticipados u otras condiciones de pago para recibir los servicios de emergencia. Sin embargo, es posible que en la mayoría de las situaciones se le requiera hacer un depósito inicial sustancial o que acepte otras condiciones de pago antes de recibir los servicios que no sean de emergencia.

Copias sin cargo de este Resumen, la póliza de asistencia financiera, la póliza de facturación y cobranza y la solicitud del programa de asistencia financiera, incluidas traducciones al español, están disponibles en el sitio web del OH en <http://www.owensborohealth.org/patient-visitor/about-your-billing/financial-assistance/>. También hay copias disponibles en el Hospital, en las áreas de admisión, ubicadas cerca de la entrada principal o en el área del asesor financiero. Esta información también está disponible por correo al comunicarse con servicio al cliente de OH al 270-685-7500.

El personal de la asesoría financiera de OH está disponible para responder preguntas y proporcionar información acerca del programa de asistencia financiera y ayudar con el proceso de solicitud. El personal de nuestra asesoría financiera está ubicado en todas nuestras clínicas, Hospitales y en el centro de negocios (ubicado en 2511 Frederica Street, Owensboro, Kentucky 42301). También se puede comunicar por teléfono al 270-685-7500 o a través de correo electrónico financialassistance@owensborohealth.org.