



## Póliza del sistema

### 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:  
Recibos de clientes,  
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 [financiaministrance@owensborohealth.org](mailto:financiaministrance@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.





## Póliza del sistema

### 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 300% 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 400% 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 <https://www.owensborohealth.org/patient-visitor/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](mailto:financialassistance@owensborohealth.org)