

# Política de ayuda financiera

Resumen en términos sencillos



Affiliated with  SENTARA.

## Política

El Hospital para la Recuperación Prolongada tiene la política de proporcionar una atención de calidad a todos los pacientes, sin importar su capacidad de pago. Para lograr este objetivo, el Hospital proporciona ayuda financiera a los pacientes en función de sus ingresos, del tamaño de su familia y de sus necesidades. Estos programas incluyen beneficencia, apoyo para la elegibilidad de Medicaid y atención con descuento. Además, es posible que podamos ayudarle a elaborar un plan de pagos manejable. Es importante que nos informe si piensa que tendrá dificultades para pagar su cuenta. Las leyes estatales y federales exigen que todos los hospitales demanden el pago total de lo que facturan a sus pacientes. Esto significa que podríamos vernos obligados a entregar las cuentas impagas a una empresa de cobranza, lo que podría afectar su historial crediticio.

## Determinación de elegibilidad

Igual que el Hospital se esfuerza por proporcionar asistencia, sus pacientes deben esforzarse por proporcionar la información necesaria para establecer si son elegibles para recibir ayuda financiera. Como un organismo sin fines de lucro, debemos ser capaces de justificar nuestro compromiso con la comunidad. Para que se determine su elegibilidad, los pacientes deben completar el proceso de solicitud y los requisitos para recibir ayuda.

La elegibilidad se determinará después de que el paciente o la persona designada presenten una declaración financiera completa junto con una verificación de ingresos (por ejemplo, declaraciones de impuestos o recibos de pago de dos meses). Se hará un gran esfuerzo para establecer si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera antes de que sea dado de alta del Hospital, pero aceptaremos solicitudes hasta 240 días después del alta. Si un paciente califica para recibir ayuda financiera, el saldo total de su cuenta se ajustará dependiendo de sus ingresos y del tamaño de su familia, en función de los Lineamientos Federales del Nivel de Pobreza (FPG, por sigla en inglés). El paciente será notificado por escrito de la determinación de elegibilidad del Hospital. Revise la política completa para conocer más detalles.

Ingresos de hasta:	200% de FPG	300% de FPG	400% de FPG	500% de FPG	600% de FPG
<b>Descuento</b>	100%	85%	70%	55%	40%

Los “montos facturados en general” (AGB, por sigla en inglés) se calculan dividiendo la suma de todos los reclamos permitidos para todas las aseguradoras privados y Medicare durante el año entre los cargos brutos por esos reclamos, y se basa en el periodo de revisión retrospectiva del año fiscal más reciente de los hospitales. Los AGB se representan con un valor de porcentaje y cambian en julio de cada año. Cuando se haya determinado que un paciente es elegible para recibir Ayuda Financiera, podrá recibir descuentos que reducirán la cuenta por debajo de los AGB, con lo que se asegura que los pacientes elegibles nunca paguen más que los AGB.

Para obtener información acerca del proceso de ayuda financiera o una copia de la Política de Ayuda Financiera completa, incluyendo el proceso de solicitud, o si necesitas ayuda para solicitar ayuda financiera, contacte a nuestro asesor financiero directamente por teléfono, correo electrónico o a través de nuestra página web:

Hospital para la Recuperación Prolongada  
600 Gresham Dr STE 700  
Norfolk, VA 23507

757-388-1384  
[www.sentara.com/hospitalforextendedrecovery](http://www.sentara.com/hospitalforextendedrecovery)

Este resumen en términos sencillos, la política de ayuda financiera completa y la solicitud también están disponibles en español usando la información de contacto mencionada.

*En algunos casos, si no es posible obtener una solicitud de ayuda financiera completa, la información entregada por el hospital de transferencia de que el paciente es elegible para recibir ayuda financiera será usada en lugar de la solicitud.*

# HOSPITAL for EXTENDED RECOVERY

## Solicitud de ayuda financiera

Cuenta hospitalaria No. \_\_\_\_\_

ADMISIÓN

ALTA

### Paciente / Responsable

Nombre

Dirección

Ciudad ST. Código postal

Número de teléfono preferido:

Número total de personas en el hogar

### Fuentes mensuales de ingresos

\$

\$

\$

\$

Intereses/Dividendos

\$

Total

\$

### Liste a todos los miembros que vivan con el paciente, incluyendo al paciente, según la declaración de impuestos más reciente.

Nombre	EDAD / Relación	Empleador	Ingresos brutos
	/ Paciente		
	/ Cónyuge		
	/		
	/		
	/		

(Usar páginas adicionales si es necesario)

### Información bancaria

Indique [C]heques o [A]horros

Nombre del banco	Tipo de cuenta / Número	Saldo de la cuenta

Favor de adjuntar su(s) estado(s) bancario(s)

### Información de empleo

\_\_\_ Empleado \_\_\_ Trabajador independiente \_\_\_ Jubilado

\* Si es empleado o trabajador independiente, proporcione 2 meses de comprobantes de pagos y/o la declaración de impuestos más reciente

\* Si está jubilado, proporcione la información del Seguro Social y/o de beneficios de la jubilación

### MARQUE TODOS LOS PUNTOS SIGUIENTES QUE APLIQUEN EN SU HOGAR

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recibe Beneficios a veteranos  | <input type="checkbox"/> Recibe Beneficios SNAP           |
| <input type="checkbox"/> Recibe Seguridad Social        | <input type="checkbox"/> Posee propiedad de alquiler      |
| <input type="checkbox"/> Usa Clínicas Públicas de Salud | <input type="checkbox"/> Posee acciones, bonos, CDs, etc. |
| <input type="checkbox"/> Recibe Beneficios de desempleo |   |

¿Es propietario de su casa?  ¿Arrienda?  ¿Vive con familiares/amigos?

### IMPORTANTE:

No podemos procesar solicitudes incompletas. Por lo tanto, si su solicitud no está completa se la devolveremos para que la termine. Gracias.

### Antes de devolver esta solicitud, asegúrese de firmarla y fecharla en el espacio proporcionado

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo al Hospital para la Recuperación Prolongada a verificar esta información con empleados y otras agencias. También entiendo que esta información está sujeta a revisión por las agencias estatales y federales.

También entiendo que debo utilizar cualquier otra ayuda que pueda estar disponible para mí.

Firma del solicitante

Fecha

Referirse a la Política 3-012 para ver los niveles actuales de ingresos federales. Cualquier cosa por encima del mínimo debe ser aprobada por el CEO.

Fecha de recibido en el Hospital de la Recuperación Recibido por:

Documentos de ingresos verificados:

Ingresos mayores al límite máximo  Sí  No Sí=descuento potencial

Ingresos menores al límite mínimo  Sí  No Sí=Condonar

Aprobación administrativa

Fecha