



TÍTULO DE LA POLÍTICA: Asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 9500-5014	REEMPLAZA A LA POLÍTICA N.º: 707-121
	FECHA DE VIGENCIA: 1º de octubre de 2016	Página: 1 de 15
ALCANCE DE LA POLÍTICA: Parrish Medical Center, Parrish Health Center de Port St. John y Parrish Health and Fitness Center	REVISADO: n/a	
DESARROLLADO POR: Oficina Comercial	REVISADO: n/a	
APROBACIONES: Dirección Ejecutiva: _____ Presidente/Director General: _____ Presidente de la Junta Directiva: _____	REPOSITORIO: Cumplimiento corporativo iCare	

OBJETIVO

Parrish Medical Center está comprometido a brindar asistencia financiera a personas que tienen necesidad de recibir atención médica y no cuentan con ningún seguro, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar por atención emergencia u otro tipo de atención médica necesaria debido a su situación financiera individual. De acuerdo con nuestra misión, *Healing Experiences for Everyone all the Time®*, la Junta Directiva del Parrish Medical Center establece esta política para brindar asistencia financiera al paciente (asistencia de beneficencia). El propósito de esta política es garantizar que la capacidad financiera de quienes necesitan atención médica no les impida buscar o recibir atención. Parrish Medical Center brinda atención para tratar problemas médicos de emergencia a todos, sin tener en cuenta la edad, el género, la ubicación geográfica, los antecedentes culturales, la movilidad física o la capacidad financiera para pagar.

Parrish Medical Center difunde ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera dentro del hospital y dentro de la comunidad a la que presta servicios el hospital. Entre otras cosas, Parrish Medical Center pone a disposición de todos esta política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política en inglés y en español.

POLÍTICA

Parrish Medical Center brinda asistencia financiera a individuos calificados para facilitar su acceso a atención de emergencia y a otro tipo de atención médica necesarias. La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento de Parrish Medical Center para completar y enviar la solicitud de asistencia financiera u obtener otras formas de pago o asistencia financiera para contribuir con el costo de su atención, en función de su capacidad de pago individual. Para manejar la responsabilidad de sus recursos y permitir que Parrish Medical Center brinde el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas que la necesiten, Parrish Medical Center ofrece la asistencia financiera y la considera

como pagador de último recurso. A quienes cuenten con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud, se les recomienda hacerlo.

Compromiso de brindar asistencia médica de emergencia

Parrish Medical Center brinda, sin discriminación, atención para tratar afecciones médicas de emergencia a las personas, sin tener en cuenta si son elegibles para recibir asistencia en el marco de esta política. Parrish Medical Center no participará en acciones que desalienten la búsqueda de atención médica de emergencia, tales como exigir que los pacientes en el departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de emergencia o permitir actividades relacionadas con el cobro de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluidas las transferencias de emergencia, conforme a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), se brindan a todos los pacientes del Parrish Medical Center sin discriminación, de acuerdo con la política de la EMTALA del Parrish Medical Center.

Resumen

Esta política:

- Describe los servicios elegibles para recibir asistencia financiera
- Describe qué instalaciones de Parrish Medical Center están cubiertas por esta política
- Explica si los proveedores afiliados que el paciente podrá encontrar en Parrish Medical Center participan en el programa de asistencia financiera de Parrish Medical Center
- Establece los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera
- Describe el método por el cual los pacientes podrán solicitar o ser considerados para recibir asistencia financiera
- Explica el proceso para apelar una solicitud de asistencia financiera denegada
- Describe las bases para calcular las sumas que se cobran a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política, y limita los montos que Parrish Medical Center cobrará por atención de emergencia u otro tipo de atención médica prestadas a individuos elegibles para recibir asistencia financiera respecto de los montos generalmente facturados (permitidos) a pacientes con seguros comerciales y de Medicare
- Describe la manera en que Parrish Medical Center difundirá ampliamente la política dentro del hospital y de la comunidad en la que el hospital presta servicios
- Describe las medidas que Parrish Medical Center podrá tomar en caso de falta de pago
- Brinda toda la información de contactos relevantes de Parrish Medical Center para todos los temas que involucren asistencia financiera o ayuda con el proceso de asistencia financiera

Definiciones

Para los fines de la presente política, así se definen los siguientes términos:

- Importes Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés): importes generalmente facturados por atención de emergencia u otros tipos de atención médica necesarios a individuos que cuentan con cobertura de seguro.
- Clínicamente inestable: el paciente no es apto para intervención financiera en función del análisis clínico.
- Electivo o no urgente: estas afecciones se definen como aquellas en las cuales se considera que la próxima fecha disponible para un ingreso programado o para una visita/procedimiento no va a causar un efecto

adverso sobre la salud o el bienestar del paciente.

- **Emergente**: se define como una afección en la cual la vida o el miembro de un paciente está en peligro inmediato y en la que una demora en la administración del tratamiento o en la atención incrementaría de manera significativa tal peligro.
- **EMTALA**: la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, Título 42, artículo 1395dd del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés).
- **Familia**: según la definición de la Oficina del Censo (*Census Bureau*), es un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a una persona como dependiente en su declaración de impuesto sobre la renta, esta persona puede considerarse un dependiente para efectos de la prestación de asistencia financiera.
- **Ingreso familiar**: el ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que usa el siguiente ingreso cuando hace el cálculo sobre los lineamientos federales de pobreza:
 - Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, seguridad social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos por retiro o pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención infantil, asistencia externa al grupo familiar y otros recursos varios
 - No se consideran los beneficios que no implican dinero en efectivo (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda)
 - Se determina sobre una base antes de impuestos
 - Excluye ganancias o pérdidas de capital
 - Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia (no se considera el ingreso de quienes no son parientes, tales como los compañeros de vivienda)
- **Asistencia financiera (atención de beneficencia)**: los servicios de atención médica que se han brindado o se brindarán pero que se prevé que nunca resultarán en ingresos de efectivo. La atención con asistencia financiera es el resultado de la política de un proveedor de brindar servicios de atención médica gratuitos o con un descuento para quienes satisfacen los criterios establecidos.
- **Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés)**: los Lineamientos Federales de Pobreza, según la actualización anual en el Registro Federal realizada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- **Cargos brutos**: el total de cargos de acuerdo con las tasas completas establecidas de la organización, para la prestación de atención al paciente antes de aplicar las deducciones sobre el ingreso.
- **Medicamento necesario**: según la definición de Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión).
- **Instalaciones del Parrish Medical Center**: a los efectos de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, esta política extiende los servicios prestados en las instalaciones del Parrish Medical Center, específicamente las “Instalaciones cubiertas” enumeradas en el Apéndice 1.
- **Infrasegurado**: el paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero aún así, tiene gastos corrientes que exceden su capacidad financiera.

- No asegurado: el paciente no tiene ningún nivel de seguro ni asistencia de un tercero que lo ayude a cumplir sus obligaciones de pago.
- Urgente: se define como una condición en la cual la salud del paciente necesita atención inmediata y en la que una demora prolongada en la administración del tratamiento pondría en riesgo la salud del paciente.

Servicios elegibles

Esta política se aplica solo a los cargos por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria brindada por Parrish Medical Center y las instalaciones de Parrish Medical Center.

- Los servicios de emergencia y de urgencia son servicios elegibles en el marco de esta política.
- Los servicios no urgentes (servicios que no son emergentes o urgentes) son elegibles en el marco de esta política. No obstante, la situación financiera de los pacientes debe aclararse antes de recibir los servicios, cuando sea posible hacerlo. Aquellos pacientes cuya situación no se haya aclarado a través del proceso de liquidación financiera podrán ser reprogramados hasta que se obtenga dicha liquidación.
- Los servicios electivos estéticos (esto es, implantes estéticos, aparatos auditivos, implantes dentales y reversión de esterilización) y de pérdida de peso (esto es, cirugía bariátrica) no son elegibles para asistencia financiera conforme a esta política.

Las determinaciones con respecto a la clasificación de los servicios como emergentes, urgentes y no urgentes las realizan los médicos remitentes, así como el asesor médico de Parrish Medical Center.

Instalaciones y proveedores que cubre la política de asistencia financiera

Adjunto a esta política se encuentra el **Apéndice 1** que contiene un listado de todos los proveedores, además del mismo Parrish Medical Center, que brindan atención de emergencia y otra atención médicamente necesarias en Parrish Medical Center, en el que se especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no lo están. Los médicos y paraprofesionales que brindan atención al paciente o que derivan pacientes al hospital son contratistas independientes y Parrish Medical Center no tiene control sobre sus prácticas de facturación. La política de asistencia financiera no cubre los servicios brindados por médicos y paraprofesionales que facturan de manera independiente sus servicios profesionales o que derivan pacientes a Parrish Medical Center.

Criterios de elegibilidad y métodos a través de los cuales los pacientes pueden solicitar o ser considerados para recibir asistencia financiera

La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determina caso por caso, y Parrish Medical Center podrá usar una de dos metodologías para determinar los otorgamientos de asistencia financiera: 1) Solicitud de asistencia financiera, y 2) Otorgamiento de presunta asistencia financiera. Se considerarán circunstancias especiales como parte del proceso de revisión y, si se les considera elegibles para recibir asistencia financiera, se podrán requerir excepciones a los criterios de elegibilidad establecidos anteriormente. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera parcial. Los pacientes con cuentas de deudas incobrables que superen los 240 días de antigüedad desde la primera fecha de facturación ya no son elegibles para recibir asistencia financiera.

Parrish Medical Center podrá rechazar una solicitud de asistencia financiera o podrá revertir la asistencia financiera que se haya otorgado previamente en el marco de esta política, si se determina que el paciente/garante presentó información falsa, confusa o fraudulenta para obtener asistencia financiera.

Un individuo podrá solicitar asistencia financiera conforme a esta política enviando una solicitud de asistencia

financiera completada, que incluya la documentación requerida, según se establece en el **Apéndice 2**. Las solicitudes están disponibles:

- en formato electrónico en el sitio web de Parrish Medical Center;
- si se solicita, por correo o por teléfono, a la Oficina Comercial de Parrish Medical Center el envío de un formato a través del del servicio de correo de los Estados Unidos a una dirección particular;
- personalmente en el Registro o en la Mesa de Servicios al Cliente de todos los centros de Parrish Medical Center que se incluyen en esta política; y
- personalmente en la Oficina Comercial del Parrish Medical Center.

Las solicitudes de asistencia financiera completadas deben enviarse con toda la documentación complementaria requerida a la Oficina Comercial de Parrish Medical Center. Las solicitudes se deben enviar personalmente o por correo a la siguiente dirección:

Parrish Medical Center Business Office
North Building
951 N. Washington Avenue
Titusville, FL 32796
Teléfono: 321-268-6158

Criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera

Se utilizarán los siguientes criterios para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera a los fines de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesarias en el marco de esta Política de Asistencia Financiera.

- Ingreso y activos
 - Ingreso del grupo familiar inferior al 200% del Índice Federal de Pobreza (ajustado de acuerdo con el tamaño de la familia) **(ver Apéndice 3)**
 - Activos del grupo familiar, que no sean ingresos, insuficientes para cubrir el costo de atención; incluso entre otros:
 - Cuentas bancarias, acciones y bonos, quiebra, reclamaciones sucesorias y de seguro, y cuentas por cobrar
 - Activos que no se consideran: cualquier plan de jubilación tal como el plan 401(k), el plan Keogh y el plan de participación en ganancias establecido y mantenido para beneficios de jubilación a través de aportes anuales con deducibles de impuestos al plan. Nota: los ingresos mensuales que provengan de cualquiera de estos planes se considerarán parte de esta evaluación
- Requisito de residencia: ciudadanía de los Estados Unidos de América u otra residencia legal en los Estados Unidos de América, permanente o temporal y residencia en el Distrito Hospitalario del Condado de North Brevard, definida por los siguientes códigos postales:
 - 32754
 - 32780
 - 32781
 - 32782
 - 32783
 - 32796
 - 32927

- Los no residentes que se presenten para recibir servicios debido a una emergencia, serán considerados para asistencia financiera.
- Un paciente que no cuente con cobertura de seguro de salud y sea:
 - Inelegible para subsidio financiero a fin de adquirir un seguro de salud en un intercambio de seguro estatal o federal
 - Inelegible para Medicare
 - Inelegible para cobertura de Medicaid, según lo demuestra la documentación de rechazo de la solicitud
 - Inelegible para cobertura de Medicaid hasta que se alcance la participación de costo de Medicaid

Tarjeta Pass de atención para asistencia financiera

Parrish Medical Center ofrece una tarjeta Care Pass Card a aquellos pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera. Esta permite al paciente recibir asistencia financiera continua por un período de 6 meses para futuras visitas a partir de la fecha en que se aprueba el servicio. Una vez emitida, la tarjeta Care Pass Card está disponible para individuos con un ingreso familiar entre 200% y 400% del Índice Federal de Pobreza (ajustado de acuerdo al tamaño de la familia). Con base en los FPG, un paciente puede reunir los requisitos para recibir un descuento del 60%, del 80% o del 100%.

Condiciones de inelegibilidad para recibir asistencia financiera

Los pacientes no podrán ser elegibles si resulta aplicable alguna de las siguientes condiciones:

- Individuos con seguro de salud
- Individuos que no cooperan con nuestros representantes internos para determinar primero su elegibilidad para Medicaid o para programas de intercambio.
- No enviar el formulario de solicitud de asistencia financiera de Parrish Medical Center dentro de los plazos establecidos (para la política de cobro de Parrish Medical Center)
- No presentar la documentación complementaria para la solicitud de asistencia financiera

Saldos del paciente después del seguro

Los saldos del paciente después del seguro incluyen, entre otros, los copagos, coseguros y deducibles que podrán considerarse para recibir la asistencia financiera en función de los siguientes criterios:

- Requisitos de residencia enumerados anteriormente
- Ingreso del grupo familiar menor o igual al 200% de acuerdo con los FPG (ajustado según para el tamaño de la familia)

Presunta asistencia financiera

Hay ocasiones en que Parrish Medical Center podrá tener razones para considerar que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, pero las circunstancias impiden que se presente una solicitud de asistencia financiera o hace falta documentación que respalde la prestación de la asistencia financiera.

Con frecuencia existe información adecuada brindada por el paciente o a través de otros recursos, que podrían ofrecer evidencia suficiente para suministrar asistencia financiera al paciente. En caso de que no exista evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, Parrish Medical Center podrá utilizar agencias externas para determinar los ingresos estimados para establecer las bases de elegibilidad para recibir asistencia financiera, así como los posibles importes de descuentos. Una vez determinada y aprobada, debido a la

naturaleza inherente de las presuntas circunstancias, se otorgará la cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La presunta elegibilidad podrá determinarse con base en las circunstancias de vida del individuo, que podrían incluir:

- La carencia de vivienda
- La participación en los programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- La elegibilidad para cupones de alimentos
- La elegibilidad para programas de almuerzo escolar subsidiados
- La elegibilidad para otros programas de asistencia estatal o local sin financiación
- Los bajos ingresos/vivienda subsidiada que se proporcionan con un domicilio
- El fallecimiento del paciente sin patrimonio conocido

Otorgamientos de ayuda financiera

Si Parrish Medical Center determina que se cumple con la elegibilidad para recibir asistencia financiera, el paciente recibirá un descuento sobre los cargos brutos para todos los servicios elegibles descritos en el siguiente cuadro.

FPL actualizado por cada año calendario				Descuento sobre cargos brutos	
Programa	% del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) con base en el tamaño del grupo familiar			Otorgamiento de asistencia financiera	Responsabilidad del paciente
Asistencia financiera	100%	a	200%	100%	0%
Asistencia financiera Por encima del FPL	201%	a	400%	60%, 70% u 80%	Con base en los AGB

Después de que se ha determinado que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, ese paciente no será responsable de futuras facturaciones basadas en cargos brutos no descontados.

Bases para calcular los montos cargados a los pacientes

Después de la determinación de elegibilidad en el marco de la presente política, al paciente elegible para recibir la asistencia financiera no se le cobrará más por concepto de atención de emergencia y otra atención médicamente necesarias que los importes generalmente facturados (AGB) a individuos que cuentan con un seguro que cubre tal atención.

Parrish Medical Center usa el método de actualización para determinar los AGB. Conforme a este método, los AGB se calculan dividiendo la suma de todos sus reclamos de atención de emergencia y otra atención médicamente necesarias que hayan sido autorizados por la tarifa de servicio de Medicare y todas las compañías de seguros privados de salud durante un período previo de 12 meses por la suma de todos los cargos brutos asociados para esos reclamos. Parrish Medical Center comenzará a aplicar el porcentaje de los AGB en el día 120 posterior al cierre del período de 12 meses usado en el cálculo. El público podrá obtener el porcentaje actual de los AGB de manera gratuita, a través de la información de contacto del hospital que se indica a continuación.

Parrish Medical Center no factura ni espera el pago de los cargos brutos/totales de individuos que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a esta política.

Medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera

La notificación acerca de la asistencia financiera que ofrece Parrish Medical Center se distribuirá a través de

diversos medios, entre otros, los siguientes:

- Notificación a pacientes antes del alta (como parte del proceso de registro del paciente o en el momento del alta) y en las declaraciones del paciente
- Publicación de la notificación en:
 - El Departamento de Emergencias
 - El Departamento de Registro (admisiones)
 - La Oficina Comercial del Hospital
 - Otros lugares públicos que Parrish Medical Center podrá elegir.
- Parrish Medical Center publicará y difundirá esta política de asistencia financiera y los formularios de solicitud correspondientes, así como un resumen de esta política en los sitios web de los centros, en folletos disponibles para los pacientes en los lugares de acceso y en otros lugares dentro de la comunidad a la que presta servicios el hospital, según la elección de Parrish Medical Center.
- Las notificaciones y la información resumida se entregarán en inglés y en español.
- Las derivaciones de pacientes para recibir asistencia financiera las podrá hacer un miembro del personal de Parrish Medical Center, incluso médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.
- Las copias en papel de la presente política de asistencia financiera y los correspondientes formularios de solicitud, así como el resumen de la política en lenguaje sencillo, se encuentran disponibles a solicitud y sin cargo, a través de la información de contacto del hospital indicada a continuación.

Medidas a tomar en caso de falta de pago

La información relativa a las medidas que Parrish Medical Center podrá tomar en el caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro por separado. El público en general podrá obtener una copia gratuita de esta política separada, solicitándola a Parrish Medical Center a través de la información de contacto que se indica a continuación.

Requisitos reglamentarios

En la implementación de esta política, la administración y las instalaciones de Parrish Medical Center deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades que se llevan a cabo en el marco de esta política.

Información de contacto del hospital

Número de teléfono para consultas sobre facturación: 800-737-9140

Sitio web: www.parrishmed.com

Dirección de correo y para presentaciones personales: Parrish Medical Center Business Office
North Building
951 N. Washington Avenue
Titusville, FL 32796

Adjuntos

Apéndice 1: Lista de proveedores

Apéndice 2: Lineamientos Federales de Pobreza

Apéndice 3: Solicitud y requisitos de documentación para asistencia financiera

Apéndice 1: Lista de proveedores

Centros cubiertos

Los siguientes centros de Parrish Medical Center aplicarán y se incluyen en los otorgamientos de asistencia financiera a los servicios médicos que brindan:

- Parrish Medical Center (centro principal)
951 North Washington Avenue
Titusville, FL 32796
- Parrish Health Center (Port St. John)
5005 Port St. John Parkway
Port St. John, FL 32927
- Parrish Health and Fitness Center
2210 Cheney Highway
Titusville, FL 32780

Centros y proveedores no cubiertos

Los siguientes centros y proveedores no están cubiertos y no están obligados a respetar ni honrar la política de asistencia financiera de Parrish Medical Center:

- The Children's Center
5650 South Washington Avenue
Titusville, FL 32780
- North Brevard Medical Support
951 North Washington Avenue
Titusville, FL 32796
- Parrish Medical Group
5005 Port St. John Parkway
Port St. John, FL 32927
- Medfast Urgent Care Center
3045 Columbia Blvd
Unit 108A
Titusville, FL 32780

5005 Port St. John Parkway
Port St. John, FL 32927
- Team Health ER Physicians
431 Park Village Road Suite A
Knoxville, TN 37923

(888)952-6772

- Team Health Anesthesia
Parrish Anesthesia Specialists
PO Box 636842
Cincinnati, OH 45263-6842
(877)307-4554
- Team Health Anesthesia CRNA
Community Health Network of Central Florida Inc.
PO Box 850001
Orlando FL 32885-0718
(877)307-4554
- Space Coast Radiology
PO Box 15659
Clearwater, FL 33766-5659
(866) 833-9300
- Carmona Pathology
PO BOX 1226
Indianapolis, IN 46206-1226
(877)261-5494

Apéndice 2: Solicitud y requisitos de documentación para asistencia financiera

Adjunto como documento separado. Actualmente, este es un documento en formato de Word y no forma parte de la política.

PARRISH MEDICAL CENTER
951 N. WASHINGTON
TITUSVILLE, FL 32796

PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA, DEBE LLEVAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS QUE CORRESPONDAN A SU SITUACIÓN FINANCIERA PARA COMPLETAR SU SOLICITUD:

- CONSTANCIA DE INGRESOS DE 3 MESES (ESTO INCLUYE RECIBOS DE SUELDO CONSECUTIVOS RECIENTES PARA PACIENTES Y CÓNYUGES, SI CORRESPONDE) **SE DEBE INCLUIR EL INGRESO BRUTO** LOS EXTRACTOS BANCARIOS NO SE UTILIZARÁN COMO CONSTANCIA DE INGRESOS**
- CONSTANCIA DE DESEMPLEO
- MANUTENCIÓN INFANTIL QUE SE RECIBE (SE PUEDE OBTENER EN EL JUZGADO)
- DECLARACIÓN ANUAL DEL SEGURO SOCIAL. JUBILACIÓN. O ANUALIDAD ***LOS EXTRACTOS BANCARIOS NO SE UTILIZARÁN COMO CONSTANCIA DE BENEFICIOS**
- SI TRABAJA DE FORMA AUTÓNOMA, DECLARACIONES DE IMPUESTOS TRIMESTRALES O LIBROS EN LOS QUE SE MUESTREN TODOS LOS INGRESOS Y GASTOS (DECLARACIÓN DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS)
- DECLARACIÓN FISCAL DE LOS ÚLTIMOS AÑOS (INDIVIDUAL Y COMERCIAL SI TRABAJA DE FORMA AUTÓNOMA)
- CONSTANCIA DE RESIDENCIA E IDENTIFICACIÓN (LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO PARA TODOS LOS ADULTOS Y TARJETA DE SEGURO SOCIAL PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR)
- RESÚMENES BANCARIOS CONSECUTIVOS DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES. SE DEBEN INFORMAR TODAS LAS CUENTAS BANCARIAS EN LAS QUE FIGURE SU NOMBRE (PERSONAL/COMERCIAL/CORRIENTE/DE AHORROS/DE MERCADO MONETARIO, ETC.) **¡SE DEBEN ENVIAR TODAS LAS PÁGINAS!**
- CARTA QUE RESPALDE SI ALGUIEN LE PROPORCIONA ALOJAMIENTO O ASISTENCIA FINANCIERA PARA MANTENER SU SITUACIÓN DE VIDA
- PAGO DE BUENA FE DE \$ _____

****SI NO TRAE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, TENDRÁ QUE VOLVER A COMPLETAR EL PROCESO DE ASISTENCIA COMUNITARIA EN OTRO MOMENTO**



SOLICITUD DE ASISTENCIA COMUNITARIA

NÚMERO(S) DE CUENTA(S): _____

PACIENTE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ Adultos/dependientes en el grupo familiar: _____

GARANTE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

CÓNYUGE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ Ingreso bruto anual \$ _____

DIRECCIÓN: _____ N.º DE TELÉFONO _____

¿Ha solicitado Medicaid, Medically Needy u otra asistencia estatal/federal? Sí No.

¿Está embarazada? Sí NO ¿Tiene niños pequeños? Sí No. ¿Es discapacitado o recibe Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? Sí No

¿El solicitante es elegible para Medicaid? Sí No. ¿El solicitante es elegible para otros programas estatales o federales? Sí No

Indique los programas para los que el solicitante está calificado: _____ El paciente/solicitante no es elegible para Medicaid: _____

Adultos/dependientes en el grupo familiar. Para los dependientes agregue

Table with 4 columns: Nombre, Parentesco, Edad, Fecha de nacimiento. Rows 1-5 for listing dependents.

Lugar de empleo: (Garante) _____ Teléfono: _____

Lugar de empleo: (Cónyuge) _____ Teléfono: _____

Ingreso mensual

¿Trabaja de manera independiente o tiene su propio negocio? Sí No En caso afirmativo, adjunte las declaraciones financieras a la solicitud.

Table for monthly income with columns for Employment, Social Security, Veterans Administration, Unemployment, Child Care, Rent, Real Estate, Other, and Work Injury Compensation.

Gastos mensuales

Table for monthly expenses with columns for Rent, Mortgage, Electricity/Gas, Child Care, Medical Insurance, Credit Cards, Car Payment, Auto Insurance, Water, Telephone, Cable TV, Internet, and Food.

Ingreso mensual ajustado: _____

Gastos mensuales totales: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS

Table with 2 columns: Description (Nombre del banco/institución financiera, Cuenta de ahorros, Cuenta corriente, Otro, Otro) and Saldo (Saldos). Each row has a blank line for input.

ACTIVOS LÍQUIDOS TOTALES \$ _____

ACTIVOS NO LÍQUIDOS

Table with 2 columns: Description (Inmuebles, 2do. automóvil, Barco, Seguro de vida, Préstamos, ** Valor del 1er. automóvil) and Acciones (Acciones, Bonos, CD, Otro, ** Valor de la vivienda). Each row has a blank line for input.

ACTIVOS NO LÍQUIDOS TOTALES \$ _____ ACTIVOS TOTALES \$ _____

Carta de respaldo: Su firma en esta carta de respaldo no lo obliga en modo alguno por las facturas del paciente.

YO _____ brindo alojamiento o ayuda financiera a _____

_____. Firmado por: _____

Parentesco _____, Fecha _____

***** Esta solicitud debe estar acompañada por una constancia de ingresos *****

Yo _____ certifico que mis ingresos familiares durante los últimos 12 meses han sido de \$ _____ y se pueden verificar poniéndose en contacto con el(los) siguiente(s) empleador(es):

Empresa: _____ Teléfono: _____

Empresa: _____ Teléfono: _____

Por el presente, autorizo a Parrish Medical Center a verificar la información en esta solicitud por cualquier medio necesario. También comprendo que esto podría implicar ponerse en contacto con mi empleador o banco, o realizar un informe crediticio.

Comprendo que, para ser elegible para este programa, debo estar dispuesto a postularme para cualquier programa estatal o federal, o a recursos privados disponibles para pagar esta factura. También comprendo que esta solicitud puede ser evaluada nuevamente en cualquier momento si Parrish Medical Center lo considera necesario.

Certifico además que la siguiente información que suministro en esta solicitud es verdadera y exacta de acuerdo con el artículo 817.50 de la ley pública 79-725: proporcionar información para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado. En caso de que haya algún cambio en cuanto a la información brindada en esta solicitud, estoy de acuerdo en notificar de inmediato a Parrish Medical Center.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL CÓNYUGE: _____ Fecha: _____

ATESTIGUADO POR: _____ Fecha: _____

Apéndice 3: Lineamientos Federales de Pobreza*Basado en los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes al 25 de enero de 2016*

	Lineamientos de Pobreza 2016	Elegible para el 100% de asistencia financiera	Elegible para el 80% de asistencia parcial	Elegible para el 70% de asistencia parcial	Elegible para el 60% de asistencia parcial
Tamaño de la familia	FPG	200% FPG	250% FPG	300% FPG	400% FPG
1	\$11,880	\$23,760	\$47,520	\$35,310	\$47,080
2	\$16,020	\$32,040	\$64,080	\$47,490	\$63,720
3	\$20,160	\$40,320	\$80,640	\$60,270	\$80,360
4	\$24,300	\$48,600	\$97,200	\$72,750	\$97,000
5	\$28,440	\$56,880	\$113,760	\$85,230	\$113,640
6	\$32,580	\$65,160	\$130,320	\$97,710	\$130,280
7	\$36,730	\$73,460	\$146,920	\$110,190	\$146,920
8	\$40,890	\$81,780	\$163,560	\$122,670	\$163,360

Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$4,160 por cada persona adicional.