

Política de Asistencia financiera - Resumen en lenguaje simple

La Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Bay Area Hospital tiene el objetivo de brindarles a los pacientes una serie de opciones para cumplir con sus obligaciones económicas asociadas a los servicios prestados.

Las opciones de asistencia financiera son las siguientes:

- Reducción de la factura del hospital (HBR, por sus siglas en inglés) mediante el descuento de Montos generalmente calculados (AGB) (<http://www.bayareahospital.org/Financial-Services>).
- Descuento por el nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- Descuento para no asegurados (dirigido a pacientes que no reúnen los requisitos para el descuento de montos generalmente calculados).
- Descuento por pronto pago

Elegibilidad para descuentos de reducción de factura del hospital: la elegibilidad para descuentos de HBR se considerará para las personas que no estén aseguradas, que el seguro no les cubra toda la factura, no elegibles para ningún programa público de atención sanitaria y que no puedan pagar por su atención, basándose en la determinación de necesidad económica según esta política. La concesión de descuentos de HBR deberá hacerse basándose en una determinación individualizada de necesidad económica, y no debe considerar edad, sexo, raza, estatus social, condición inmigratoria, orientación sexual o afiliación religiosa. La aprobación de descuentos de HBR cubre las cuentas actuales por los servicios cubiertos de conformidad con esta política con saldo adeudado. La aprobación de descuentos de HBR también se aplica a servicios cubiertos de conformidad con esta política durante doce meses desde la fecha de aprobación. Bay Area Hospital se reserva el derecho de pedir una solicitud de HBR nueva en cualquier momento. Para determinar la elegibilidad para el descuento de HBR, se evaluarán los ingresos de la familia, el tamaño de la familia y el nivel federal de pobreza del año calendario en curso. Los pacientes con familias cuyos ingresos familiares aplicables estén por debajo del nivel federal de pobreza correspondiente al tamaño de la familia se considerarán elegibles para los descuentos de HBR.

Servicios elegibles para HBR:

- Servicios de emergencia médica ofrecidos en el área del departamento de Emergencias.
- Servicios por una afección que, si no se la tratara de inmediato, provocaría un cambio desfavorable en el estado de salud de la persona.
- Servicios no electivos prestados en respuesta a situaciones de riesgo de muerte en un área no perteneciente a la sala emergencias.
- Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a criterio de Bay Area Hospital.

Cómo solicitar la HBR: Complete la solicitud que se encuentra al dorso de este documento. Se debe solicitar la HBR antes de recibir los servicios o antes de transcurridos doscientos cuarenta (240) días contados a partir de la fecha de envío por correo del primer estado de saldo del paciente. Las solicitudes de HBR pueden obtenerse en el Hospital, en los departamentos de Acceso a Pacientes y de Cuentas de Pacientes; también se pueden imprimir desde www.bayareahospital.org; y además se incluyen en ciertos formularios de declaración del paciente. Puede recibir más información sobre la solicitud en el departamento de Cuentas de Pacientes del Hospital.

A los solicitantes que reúnan los requisitos para el descuento de HBR no se les exigirá que paguen más que los montos generalmente calculados de los servicios elegibles (atención de urgencia u otro tipo de atención médica necesaria) recibidos. Los solicitantes que reciban la aprobación para el descuento de HBR también podrán acceder a otros descuentos según sus ingresos familiares como porcentaje de los niveles federales de pobreza actuales.

La Política de Asistencia Financiera completa estará disponible gratis al público en www.bayareahospital.org/Financial-Services o, a pedido, en persona o por escrito, al llamar al departamento de Cuentas de Pacientes al (541) 269-8131. Hay copias disponibles en inglés y en español.

Los pacientes no elegibles para el descuento de HBR podrían reunir los requisitos para otros descuentos, tales como el descuento para no asegurados y el descuento por pronto pago. Para obtener más detalles, comuníquese con el departamento de Cuentas de Pacientes.

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE FACTURA DEL HOSPITAL (HBR)

- Presente una copia de las páginas 1 y 2 del último formulario 1040 de declaración de impuestos federales que haya presentado. Si trabaja por cuenta propia, presente *también* una copia del Anexo C o del Anexo E. Para obtener copias (transcripciones) de su declaración de impuestos, llame al IRS al 1-800-908-9946.
- Si no posee seguro médico, presente pruebas de que ha solicitado una cobertura del Plan de Salud de Oregón o de que se la han denegado. Puede solicitarla en <https://one.oregon.gov/>
- Presente comprobantes de todos los ingresos mensuales de su grupo familiar. Empleo: las nóminas de los tres últimos meses; otros ingresos, por ejemplo, discapacidad, desempleo, manutención, Seguro Social, pensión. Puede presentar una copia de su extracto bancario donde figuren depósitos directos de ingresos, o algún otro documento probatorio.
- Firme y feche la solicitud, con su cónyuge en caso de estar casado. Envíe su solicitud por correo o tráigala junto con todos los documentos requeridos.

¡IMPORTANTE! Complete todas las secciones; use N/C si No Corresponde. Las solicitudes incompletas se devolverán. Aproximadamente veintiún (21) días después de la recepción de su solicitud completa y los documentos probatorios requeridos, se le enviará una carta o aviso con el resultado del trámite.

Si tiene alguna duda, llame al 541-269- 8134.

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR. ESCRIBA EN IMPRENTA TODA LA INFORMACIÓN.

Nombre del paciente:	N.º de teléfono	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

NOMBRE Y VÍNCULO DE TODAS LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR (mencione primero al cónyuge, si corresponde)

Nombre	vínculo	Nombre	vínculo
Nombre	vínculo	Nombre	vínculo
Nombre	vínculo	Nombre	vínculo

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS: empleo y otras fuentes de ingreso, e ingresos brutos mensuales de los integrantes de su grupo familiar.

“Fuente de ingresos”: nombre del empleador o fuente específica de ingresos (por ejemplo, Seguro Social, discapacidad, anualidad, pensión, etc.).

Fuente de ingresos (1)	Ingresos brutos: \$
Fuente de ingresos (2)	Ingresos brutos: \$
Fuente de ingresos (3)	Ingresos brutos: \$

Enumere otras fuentes de ingresos en una hoja aparte.

¿Su familia tiene alguno de estos otros activos? Marque todos los que correspondan e incluya una copia de un extracto reciente de cada uno:

- Acciones
 Bonos
 401K/cuenta personal de jubilación (IRA)/anualidad
 Ahorros para la salud
 Fideicomisos
 Propiedades (excluya la residencia principal)

LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Por la presente, certifico que la información contenida en esta solicitud de reducción de factura del hospital (HBR) es correcta y está completa, a mi leal saber y entender, y que la información está sujeta a verificación por cualquier medio que Bay Area Hospital considere necesario. Comprendo que proporcionar información falsa de forma intencional o presentar una solicitud incompleta darán lugar a la denegación de mi solicitud de reducción de factura del hospital.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(O padre/madre/tutor legal si el paciente es menor de edad)

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____