

Política de asistencia financiera - Resumen en lenguaje simplificado

Bay Area Hospital se compromete a garantizar que sus pacientes reciban la atención hospitalaria que necesitan, independientemente de su capacidad de pago por dicha atención. Brindar atención médica a quienes no pueden costearla es parte de nuestra misión. A su vez, la ley estatal requiere que los hospitales brinden atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles (descuento de HBR). Usted puede reunir los requisitos para recibir atención médica gratuita, o con descuento, según el tamaño de su familia e ingresos, incluso si tiene seguro médico.

Si cree que puede tener problemas para pagar su atención médica, no dude en hablar con nosotros. Cuando sea posible, le recomendamos que solicite ayuda financiera antes de recibir un tratamiento médico.

¿Qué está cubierto? Para servicios de emergencia, y otros servicios hospitalarios correspondientes en Bay Area Hospital, brindamos atención gratuita y asistencia financiera o de caridad, a los pacientes elegibles en una escala de tarifa variable, con descuentos que van del 25% al 100%. A ningún paciente elegible para asistencia financiera o de caridad se le cobrará más que los montos generalmente facturados a los pacientes que tienen seguro.

Cómo presentar una solicitud: cualquier paciente puede solicitar recibir asistencia financiera o de caridad al enviar una solicitud y proporcionar documentación de respaldo. (Complete la solicitud que se encuentra al dorso de este documento). Si tiene preguntas, necesita ayuda o más información, contáctenos:

- Cuando esté ingresando o saliendo del hospital;
- Por teléfono al departamento de Cuentas de Pacientes al (541) 269-8131
- En nuestro sitio web en: <http://www.bayareahospital.org/Financial-Services.aspx>
- En persona en el departamento de Cuentas de Pacientes, Bay Area Hospital, 1775 Thomson Road, Coos Bay, OR 97420
- Para obtener los documentos por correo sin cargo, llame al departamento de Cuentas de Pacientes al (541) 269-8131 o acuda al departamento de Cuentas de Pacientes en Bay Area Hospital.

Si el inglés no es su lengua materna: las versiones traducidas del formulario de solicitud, la política de asistencia financiera y este resumen están disponibles a pedido, en inglés y en español.

Otra asistencia:

Asistencia de cobertura: usted puede ser elegible para otros programas gubernamentales y comunitarios. Podemos ayudarlo a saber si estos programas, incluido Medicaid, pueden ayudarlo a cubrir sus facturas médicas. Podemos ayudarlo a presentar una solicitud para estos programas.

Descuento para no asegurados: 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.

Planes de pago: cualquier saldo adeudado por usted vencerá dentro de los 30 días. El saldo se puede pagar de cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, efectivo o cheque, o pago de facturas en línea. Si necesita un plan de pago, llame al número que figura en su resumen de facturación.

Atención de emergencia: Bay Area Hospital cuenta con un departamento de emergencias especializado, y brinda atención para afecciones médicas de emergencia (tal como se define en la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia) sin discriminación consistente con las capacidades disponibles, sin importar si un paciente tiene la capacidad de pagar o es elegible para asistencia financiera.

Gracias por confiarnos su atención.

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: _____