

ROCKFORD MEMORIAL HOSPITAL LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA SI NO TIENE SEGURO

Rockford Memorial Hospital sigue la Ley para pacientes no asegurados (Uninsured Patient Discount Act) del Hospital de Illinois. Los servicios de atención médica se proporcionan independientemente de las capacidades de pago del paciente para dicho cuidado. El propósito de estos lineamientos es proporcionar un marco de referencia para ofrecer asistencia a los pacientes y a las familias con legítimas dificultades financieras, que no son capaces de pagar en la totalidad o en parte su atención médica.

Cuando un paciente o una persona responsable actuando en nombre del paciente indica la incapacidad para pagar por los servicios médicos necesarios, se les solicitará que complete una Hoja de Divulgación Financiera. Se deberá tratar de obtener cualquier tipo de asistencia de la oficina de los servicios familiares de atención de la salud, de la oficina del Social Security (Seguro Social) u otro financiamiento disponible antes de considerar la solicitud de RMH. Una denegación de la Asistencia Pública por incumplimiento para cooperar dará como resultado una denegación por parte de RMH. Se utilizarán los Lineamientos Federales de Pobreza para ayudar a determinar la elegibilidad.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los servicios cubiertos son los que son determinados como médicamente necesarios por un médico.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Odontología general, cosmética, bandejas para huéspedes, habitación privada (a menos que sea médicamente necesario o que no haya otra habitación disponible).

Se utilizarán los siguientes lineamientos para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera:

1. El paciente sin seguro que no cuenta con ninguna cobertura ni seguro de salud. Los pacientes con Planes de salud de deducible alto no son elegibles.
2. Deben ser residentes de Illinois.
3. Deben tener un ingreso familiar que no sea mayor al 600% de los Lineamientos Federales de Pobreza.
4. Los cargos se descontarán al 135% del costo del hospital.
5. Aplica únicamente a los cargos que superen los \$300 en cualquier admisión de un paciente o encuentro como paciente ambulatorio.
6. La cantidad máxima cobrada en un período de 12 meses de un paciente elegible es de 25% del ingreso bruto anual de la familia. Para cualquier servicio subsiguiente a incluirse en el máximo, el paciente debe informar al hospital que él/ella recibió servicios previos de RMH que lo determinó como elegible para el descuento.
7. RMH puede excluir un paciente del 25% de la cantidad máxima a cobrar y que cuenta con activos sustanciales.
8. Los servicios deben ser médicamente necesarios según lo defina un médico.
9. El descuento no aplica a los servicios médicos.
10. Se les solicita a los pacientes que apliquen para los programas gubernamentales u otros programas públicos si existe alguna razón por la que se cree que calificarían.
11. El paciente debe solicitar el descuento en un plazo de 60 días de servicio.
12. Los pacientes deben proporcionar la verificación de terceros sobre el ingreso, información relacionada con los activos y la documentación de residencia en un plazo de 30 días a partir de la solicitud.
13. La documentación de ingresos debe incluir lo siguiente: copia de la declaración de impuestos más reciente, copia del formulario W-2 y 1099 más recientes; copias de dos boletas de pago más recientes, verificación escrita del ingreso de un empleador si pagó en efectivo o alguna otra forma razonable de verificación aceptable para RMH.
14. Revisión del informe de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar.
15. Las cantidades ya pagadas no serán consideradas para la asistencia financiera o serán elegibles para un reembolso.
16. Las cuentas referidas anteriormente a agencias externas de cobro no serán consideradas como elegibles.
17. La falsificación de la información que proporcione hará que pierda el derecho de descuento y el paciente se hará responsable de los cargos.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL: (815) 971-4170 u (800) 987-4170

**DEVUELVA EL FORMULARIO LLENO A:
Rockford Memorial Hospital
Servicios Financieros de los Pacientes
2400 N Rockton Ave
Rockford, IL 61103**

Fecha _____
 Representante de RHS _____
 Núm. de cuenta del paciente _____

HOJA DE DIVULGACIÓN FINANCIERA SI NO TIENE SEGURO

Como parte de nuestro compromiso con nuestra comunidad, Rockford Memorial Hospital proporciona asistencia financiera a las personas con recursos financieros limitados que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. Esta Solicitud de asistencia financiera recopilará información sobre usted y todos los otros miembros de su hogar que nos ayudará a tomar una determinación apropiada sobre su elegibilidad para la asistencia financiera. De acuerdo con la Ley para pacientes no asegurados del Hospital de Illinois, necesitamos evaluar exactamente su capacidad de pago al proporcionar copias de la Declaración de impuestos sobre la renta IRS 1040; W2 (incluso todos los programas); los últimos dos talones de su cheque de pago para todos los miembros del hogar que trabajan; y copias de los estados de cuenta de los pacientes para los balances de Rockford Memorial Hospital. Hemos adjuntado un sobre con porte pagado para su conveniencia.

Devuélvalo el _____

Nombre del paciente: _____	Núm. de Seguro Social _____		
Fecha de nacimiento: _____	Número de teléfono: _____		
Nombre del fiador: _____	Núm. de Seguro Social _____		
Fecha de nacimiento: _____	Número de teléfono: _____		
Dirección: _____			
Número	Ciudad	Estado	Código postal

Empleador: _____	Años de trabajo: _____			
Dirección/Teléfono del empleador _____				
Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Nombre del cónyuge: _____	Núm. de Seguro Social _____			
Fecha de nacimiento: _____	Número de teléfono: _____			
Empleador del cónyuge: _____				
Dirección/Teléfono del empleador _____				
Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Cuentas corrientes

Nombre en la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Cuentas de ahorro

Nombre en la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Tarjetas de crédito

Nombre de la tarjeta de crédito	Límite de crédito	Saldo actual	Pago mensual
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Total \$ _____

(CONTINÚA ATRÁS)

<u>Ingreso neto</u>	<u>Al mes</u>	<u>Ingreso adicional</u>	<u>Valor/Balance</u>	<u>Contribución</u>
Fiador	\$ _____	I R A / CD	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	PLAN 401 K	\$ _____	\$ _____
Otros (describa)	\$ _____	SEGURO SOCIAL	\$ _____	\$ _____
Ingreso total	\$ _____	COMPañÍA DE SEGURO LABORAL	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	PENSIÓN	\$ _____	\$ _____
		OTROS	\$ _____	\$ _____

Identifique y enumere la cantidad de dependientes según se muestra en la declaración de impuestos: _____

	NOMBRE	EDAD	PARENTESCO
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Gastos:

	Al mes
Alquiler/Hipoteca	\$ _____
Valor de patrimonio inmobiliario \$ _____	\$ _____
Automóvil(es) Marca Año Modelo	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
Alimentación	\$ _____
Gasolina para transporte	\$ _____
Calefacción	\$ _____
Servicios eléctricos	\$ _____
Teléfono/Celular	\$ _____
Seguro del automóvil	\$ _____
Cable	\$ _____

Otros gastos: (Enumere)

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Al firmar, certifica por usted mismo y su hogar al sistema de salud de Rockford Health y autoriza al sistema de salud de Rockford a que procesa como se describe posteriormente:

1. La información proporcionada en esta Solicitud es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender;
2. El sistema de salud de Rockford puede obtener un informe de la oficina de créditos personales para verificar las obligaciones financieras pendientes;
3. El sistema de salud de Rockford tiene el derecho de verificar toda la información proporcionada en esta solicitud, que incluye las comunicaciones con terceros; y
4. Ningún miembro de mi hogar cuenta con ningún seguro que podría pagar alguna parte de alguna obligación financiera que podría tener con el sistema de salud de Rockford; O hemos proporcionado toda la información relevante relacionada con nuestro seguro con el sistema de salud de Rockford.

Firma del paciente/fiador

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

Por medio de su firma anterior autoriza a Rockford Memorial Hospital a obtener un informe de la oficina de créditos personales para verificar las obligaciones financieras pendientes.