

LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA Si tiene seguro médico

Rockford Health System proporciona atención médica sin importar la capacidad del paciente para pagar por dicha atención. 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 por la totalidad o parte de su atención médica.

Los pacientes que residan dentro del área de servicio de RHS podrán recibir servicios sin cargo o con descuento y deben demostrar que no pueden pagar por los cargos completos. Los pacientes que residan fuera del área de servicio de RHS por lo general no son elegibles para ser considerados para asistencia financiera. A estos pacientes se les debe recomendar buscar tratamiento en un centro apropiado localizado dentro de su proximidad geográfica. Se pueden hacer excepciones para los servicios en los cuales el RHS se reconoce como centro de referencia.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

SERVICIOS EXCLUIDOS

- A. Odontología general
- B. Cosmética
- C. Bandejas para huéspedes
- D. Habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria o que no haya otra habitación disponible).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La determinación de si el paciente cumple los criterios establecidos para la asistencia financiera deberá hacerse tan pronto como sea posible (de preferencia antes o al momento de prestar el servicio). 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 Servicios de atención médica familiar, la oficina del Seguro Social u otro financiamiento disponible antes de considerar la solicitud de RHS.** Una denegación de la Asistencia Pública por incumplimiento para cooperar dará como resultado una denegación por parte de RHS. Se utilizarán los Lineamientos Federales de Pobreza para ayudar a determinar la elegibilidad.

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

1. Las personas elegibles deben tener una dirección establecida en la comunidad de RHS.
2. La asistencia financiera se proporcionará con base en el ingreso familiar bruto de los últimos 12 meses (o de los 3 últimos meses multiplicados por 4). Se debe verificar el ingreso bruto utilizando la siguiente documentación:
 - a. boletas de pago o boletas de desempleo
 - b. declaraciones de los beneficios mensuales del seguro social
 - c. Declaración del Impuesto sobre la Renta del año anterior
 - d. estado de cuenta bancario más reciente de la cuenta de ahorros y de depósitos monetarios.
3. El incumplimiento para proporcionar la información mencionada anteriormente podría descalificarle para cualquier consideración.
4. Condición de empleo, actual y futura.

Lineamientos, continuación:

5. Tamaño de la familia (de acuerdo a lo que se reporta en la declaración del Impuesto sobre la Renta)
6. Obligaciones financieras por pagar, con especial consideración a otras obligaciones médicas.
7. Revisión del informe de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar.
8. Las cantidades ya pagadas no serán consideradas para la asistencia financiera o serán elegibles para un reembolso.
9. No se considerará la asistencia financiera hasta que todas las terceras partes que pagan hayan sido facturadas y que se hayan recibido o denegado los pagos. Esto puede incluir una solicitud de Medicaid estatal y del Seguro Social que estén siendo procesadas.
10. Las cuentas referidas anteriormente a agencias externas de cobro no serán consideradas como elegibles.
11. Circunstancias atenuantes: asuntos o problemas serios que puedan contribuir a la incapacidad de pago, tales como una enfermedad grave prolongada (catastrófica), deben describirse y adjuntarse a la Hoja de Divulgación Financiera.
12. Se requiere la cooperación del paciente/fiador durante todo el proceso.

LINEAMIENTOS DE INGRESOS

Tamaño de la Unidad Familiar	Lineamientos Federales de Pobreza 2009	Niveles I: 175% o menos de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles II: 176 - 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza 2009	Niveles III: 201 - 225% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles IV: 226 - 250% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles V: 251 - 275% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles VI: 276 - 300% de los Lineamientos Federales de Pobreza
1	10,830	18,953	\$21,660	\$24,368	\$27,075	\$29,783	\$32,490
2	14,570	25,498	\$29,140	\$32,783	\$36,425	\$40,068	\$43,710
3	18,310	32,043	\$36,620	\$41,198	\$45,775	\$50,353	\$54,930
4	22,050	38,588	\$44,100	\$49,613	\$55,125	\$60,638	\$66,150
5	25,790	45,133	\$51,580	\$58,028	\$64,475	\$70,923	\$77,370
6	29,530	51,678	\$59,060	\$66,443	\$73,825	\$81,208	\$88,590
7	33,270	58,223	\$66,540	\$74,858	\$83,175	\$91,493	\$99,810
8	37,010	64,768	\$74,020	\$83,273	\$92,525	\$101,778	\$111,103

Cantidad autorizada de asistencia financiera básica elegible

100%

80%

60%

40%

20%

10%

Para familias de más de ocho miembros, sume \$3,740 por cada miembro adicional para alcanzar los Lineamientos Federales de Pobreza.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL: (815) 971-4170 o al (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 tiene seguro medico

Como parte de nuestro compromiso con nuestra comunidad, Rockford Health System proporciona asistencia financiera a las personas que cuentan con recursos financieros limitados, que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. La Solicitud de asistencia financiera recopilará información acerca de usted y del resto de miembros de su hogar, que nos será útil para determinar adecuadamente su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Para evaluar adecuadamente su capacidad de pago, le solicitamos que nos proporcione copias de su declaración de Impuesto sobre la renta IRS 1040 más reciente; sus W2 (incluyendo todos los horarios); los dos últimos talones de pago de todos los miembros del hogar que trabajan, así como copias de las declaraciones del paciente por saldos adeudados a Rockford Health System u otros proveedores. Para su conveniencia, adjuntamos un sobre de devolución. Por favor enviarlo de vuelta antes de _____

Nombre del paciente: _____ Núm. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Nombre del fiador: _____ Núm. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Dirección: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	--------	---------------

Empleador: _____ Años de empleo: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

Nombre del cónyuge: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. telefónico: _____

Empleador del cónyuge: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

Cuenta(s) de cheques

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

Cuenta(s) de ahorros

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

Tarjeta(s) de crédito

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

ATRÁS

<u>Ingreso neto</u>	<u>Por mes</u>	<u>Ingreso adicional</u>	<u>Valor/Saldo</u>	<u>Contribución</u>
Fiador	\$ _____	I R A / CD	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	401 K PLAN	\$ _____	\$ _____
Otro (describa)	\$ _____	SEGURO SOCIAL	\$ _____	\$ _____
Ingreso total	\$ _____	COMP LABORAL	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	PENSIÓN	\$ _____	\$ _____
		OTRO	\$ _____	\$ _____

Identifique y detalle el número de dependientes según la declaración de impuestos: _____

	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>RELACIÓN</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Gastos:

Renta/Hipoteca \$ _____
 Valor patrimonial de la casa \$ _____

Por mes

Carro(s)	<u>Marca</u>	<u>Año</u>	<u>Modelo</u>	
_____				\$ _____
_____				\$ _____
Alimentos				\$ _____
Gasolina para transporte				\$ _____
• Calefacción				\$ _____
• Electricidad				\$ _____
• Teléfono/Celular				\$ _____
• Seguro de automóvil				\$ _____
• Cable				\$ _____

Otros gastos: (Por favor enumere)

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

Al firmar a continuación usted certifica en nombre propio y de los miembros de su hogar ante Rockford Health System y autoriza a Rockford Health System para proceder como sigue:

1. A mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa;
2. Rockford Health System puede obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar;
3. Rockford Health System tiene el derecho a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo a través de comunicaciones con terceras personas y
4. Ningún miembro de mi hogar tiene seguro que pueda pagar por ninguna porción de ninguna obligación financiera que podamos tener con Rockford Health System; O, hemos proporcionado toda la información relevante en relación con nuestro seguro con Rockford Health System.

_____	_____
Firma del paciente o fiador	Fecha
_____	_____
Firma del cónyuge	Fecha

Por medio de su firma anterior usted autoriza a Rockford Health System a obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar.