

## LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

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.

### 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:

#### **Lineamientos, continuación:**

- 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.
  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 2007	Niveles I: 175% o menos de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles II: 176 - 200% de los Lineamientos Federales de Pobreza 2007	Niveles III: 201 - 225% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles III: 226 - 250% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles IV : 251 - 275% de los Lineamientos Federales de Pobreza	Niveles VI: 276 - 300% de los Lineamientos Federales de Pobreza
1	\$10,210	\$17,868	\$20,420	\$22,973	\$25,525	\$28,078	\$30,630
2	\$13,690	\$23,958	\$27,380	\$30,803	\$34,225	\$37,648	\$41,070
3	\$17,170	\$30,048	\$34,340	\$38,633	\$42,925	\$47,218	\$51,510
4	\$20,650	\$36,138	\$41,300	\$46,463	\$51,625	\$56,788	\$61,950
5	\$24,130	\$42,228	\$48,260	\$54,293	\$60,325	\$66,358	\$72,390
6	\$27,610	\$48,318	\$55,220	\$62,123	\$69,025	\$75,928	\$82,830
7	\$31,090	\$54,408	\$62,180	\$69,953	\$77,725	\$85,498	\$93,270
8	\$34,570	\$60,498	\$69,140	\$77,783	\$86,425	\$95,068	\$103,710
<b>Cantidad autorizada de asistencia financiera básica elegible</b>		<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>

Para familias de más de ocho miembros, sume \$3,400 por cada miembro adicional para alcanzar los Lineamientos Federales de Pobreza.

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL: (815) 971-2900**

**DEVUELVA EL FORMULARIO LLENO A: Rockford Health Medical Laboratories  
2300 N. Rockton Avenue  
Rockford, IL 61103**

3/00; Revisado 8/01;5/02;3/03;3/04;10/04;3/05;1/06,1/07,10/07