

Título: Política de Asistencia Financiera	
Departamento: Ciclo de Ingresos	
Área: Todos los hospitales del Sistema de Salud del Huntsville Hospital (HH)	Fecha de entrada en vigor: 01 nov 2015
Páginas: 10	Fecha de última revisión: 01 jul 2022
Aprobado por: Director Financiero del sistema	Número de referencia: ADM.045.08
Fecha original de aprobación: 01 nov 2015	Fecha de inactividad:

Propósito

Los lineamientos del Sistema de Salud del Huntsville Hospital rigen la provisión de cuidados de salud que son necesarios por razones médicas a los pacientes en el área de servicio del hospital, según son definidos por el Sistema de Salud del Huntsville Hospital cada cierto tiempo. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital pretende, con estos lineamientos, establecer una política y unos procedimientos apropiados para el uso, en circunstancias en las que la asistencia financiera, en cumplimiento con todas las leyes federales, estatales y locales aplicables, es ofrecida a los pacientes no asegurados del Sistema de Salud del Huntsville Hospital.

Definiciones

Para los propósitos de esta Política/Lineamientos, aplican las siguientes definiciones:

- “Cuidado de emergencia” hace referencia al cuidado o tratamiento para una enfermedad de emergencia, según es definida por la Ley EMTALA.
- “EMTALA” corresponde a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) (sección § 1395dd del Título 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, USC]).
- “Cuidado necesario por razones médicas” hace referencia a aquellos servicios razonables y necesarios para diagnosticar y proveer tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para enfermedades físicas o mentales, de acuerdo con los estándares de cuidado en salud que son reconocidos a nivel profesional y que son aceptados de manera general en el momento en que dicho servicio sea provisto.
- “Paciente” hace referencia a un individuo que recibe cuidados en el Sistema de Salud del Huntsville Hospital y a la persona que es financieramente responsable por el cuidado del paciente.
- “Discriminación” incluye toda aquella que se lleve a cabo con base en edad, género, identidad de género, raza, origen nacional, social o estado migratorio, orientación sexual, afiliación religiosa, capacidad de pago o estado de seguro médico.

“Paciente mal asegurado” se define como una persona que no está asegurada o que lo está y califica para la asistencia financiera.

Política para el cuidado de emergencia y el cuidado necesario por razones médicas

1. Esta política aplica para toda emergencia y cuidado necesario por razones médicas que se provea en el cuidado de pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluida la salud conductual, y aplica para todos aquellos cuidados provistos en las instalaciones del hospital por una entidad relacionada de manera considerable, según se define en la sección § 1.501(r)-1(b)(28) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro, promulgadas bajo el Código de Rentas Internas de 1986, tras enmiendas. Esta política no aplica para arreglos de pago en caso de intervenciones quirúrgicas programadas, según se definen por el Sistema de Salud del Huntsville Hospital, ni para cubrir el costo de las prescripciones médicas de pacientes ambulatorios.
2. La política del Sistema de Salud del Huntsville Hospital es proveer cuidados de emergencia y cuidados necesarios por razones médicas a los pacientes, sin discriminación. Sujeto a los

términos y condiciones antes expuestos, los pacientes mal asegurados que no tienen los medios para pagar por los servicios provistos en el Sistema de Salud del Huntsville Hospital pueden solicitar ser considerados para obtener premios o asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera. Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera y los procedimientos para recibir dicha asistencia ubicados en esta política están diseñados para asegurar que se tendrán los recursos financieros necesarios para cumplir con el compromiso del sistema y así proveer cuidado a los pacientes que presentan una gran necesidad financiera.

3. En coherencia con la EMTALA, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital proveerá, sin discriminación, una revisión médica apropiada a cualquier individuo que solicite tratamiento para una enfermedad médica que pueda llegar a ser una emergencia. Si, a partir de una revisión médica apropiada, el personal del Sistema de Salud del Huntsville Hospital determina que el individuo tiene una enfermedad de emergencia, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital proveerá, dentro de la capacidad de sus instalaciones, los servicios que sean necesarios para estabilizar la enfermedad de emergencia del paciente o efectuará una transferencia apropiada, según lo definido por la EMTALA.

Principios

1. Toda práctica de cobro y facturación reflejará nuestro compromiso de tratar a todo paciente por igual, con dignidad, respeto y compasión.
2. En coherencia con la misión y valores del Sistema de Salud del Huntsville Hospital, estas políticas reflejan su compromiso de proveer asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar una parte o todo el tratamiento que reciben, tomando en cuenta la capacidad financiera del Sistema de Salud del Huntsville Hospital para proveer el cuidado.
3. Mientras sea posible, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital asistirá a los pacientes en la obtención de cobertura de seguro médico a partir de fuentes públicas o privadas, tales como Medicaid, TennCare o AllKids.
4. El otorgamiento de asistencia financiera se basa en una determinación individual de la necesidad financiera y es aplicada sin discriminación. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital también provee, sin discriminación, el cuidado para enfermedades de emergencia, sin importar si los pacientes son o no elegibles para la asistencia financiera.

Lineamientos

El Sistema de Salud del Huntsville Hospital garantiza que:

1. Sus empleados y agentes se comportan de una manera que refleja las políticas y los valores del Sistema de Salud del Huntsville Hospital, lo que incluye tratar a los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.
2. A los pacientes que no califican para el cuidado de beneficencia, pero que necesitan la asistencia financiera, se les ofrece términos de pago extendidos apropiados u otras opciones de pago que toman en consideración al estado financiero del paciente.
3. Los saldos pendientes en las cuentas de los pacientes se cobran de manera justa y coherente, de forma que se reflejen los valores y compromisos de nuestro hospital en la comunidad a la que servimos.
4. Tenemos consejeros financieros disponibles para todos los pacientes.
5. Las políticas de asistencia financiera son aplicadas de manera consistente a todos los pacientes.
6. La asistencia financiera para se ofrece a los pacientes en concreto se equilibra con la responsabilidad más amplia del hospital de mantener las puertas abiertas para cualquiera que necesite cuidado en la comunidad.

7. Los pacientes y sus familias recibirán asesoría en relación con su responsabilidad financiera, basada en su capacidad individual de pago.
8. Los pacientes que reciban descuentos prenegociados (precio de paquete) por los servicios no podrán recibir asistencia financiera.

Medidas para publicitar ampliamente la Política de Asistencia Financiera del Sistema de Salud del Huntsville Hospital en la comunidad

1. Los pacientes y sus familias son informados de las políticas aplicables del hospital, incluido el cuidado de beneficencia y la disponibilidad de asistencia financiera según la necesidad, en términos sencillos de entender, así como en cualquier idioma que sea utilizado de manera habitual por los pacientes en la comunidad.
2. La información que hace referencia a la asistencia financiera y a las políticas del cuidado de beneficencia, incluido un resumen de esta política en un lenguaje claro, está publicada en el área de admisión y todas las áreas de registro, incluyendo la sala de emergencias.
3. Los pacientes reciben una copia del resumen de esta política en lenguaje claro, como parte del proceso de registro.
4. Los pacientes pueden llamar al Departamento de Servicio Financiero del Sistema de Salud del Huntsville Hospital al (256) 265-9689, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m., para consultar de manera confidencial sobre la asistencia financiera tras el alta y solicitar una copia de esta política, un resumen de la política en lenguaje claro y el formato de solicitud de asistencia financiera (aquí adjunto como Anexo A), que se enviará a su residencia sin costo.
5. Esta política, así como un resumen en lenguaje claro y el formato de solicitud de asistencia financiera se encuentran en el siguiente link:

<http://www.huntsvillehospital.org/patients-visitors/financial-assistance>
6. Los estados de cuenta contienen una notificación explícita y escrita que informa a los destinatarios que la asistencia financiera está disponible y que provee el número telefónico del Departamento de Servicios Financieros del Sistema de Salud del Huntsville Hospital, de modo que los destinatarios puedan consultar sobre la asistencia financiera; asimismo, dirige a los destinatarios a la dirección del sitio web donde se encuentra esta política, un resumen en lenguaje claro y el formato de solicitud.

Descuento a Pacientes no asegurados

1. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital proveerá cuidados necesarios por razones médicas a través de los servicios ambulatorios y de hospitalización del hospital (incluidos los servicios de la sala de emergencia) a pacientes no asegurados con ingresos domésticos de hasta el 200 % o menos del nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL), libre de costo. La política de cobranza del proveedor será no cobrar ningún monto a ninguno de estos pacientes.
2. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital basará la responsabilidad financiera de los pacientes no asegurados con ingresos menores al 400 % del FPL (1) al descontar de la facturación del paciente no asegurado todos los servicios ambulatorios, de hospitalización y de consulta médica (Parte B) que serían costeados por Medicare y (2) después de que estos descuentos sean provistos en (1), al aplicar al saldo restante el descuento provisto en el párrafo sobre el Procedimiento de Asistencia Financiera (5) que se encuentra abajo. Vea también las "Limitaciones de las cantidades generalmente facturadas" abajo.
3. Esta política no es aplicable a médicos, a la familia inmediata de un médico (según se define en el artículo §417.351 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal

Regulations, CFR], tras enmiendas) o a cualquier paciente que sea una fuente de referencia para el Sistema de Salud del Huntsville Hospital.

4. Esta política aplica solo a los servicios a pacientes ambulatorios, hospitalizados o de la sala de emergencia y no aplica para tarifas profesionales, a menos que dichas tarifas sean por servicios llevados a cabo por un médico empleado por el Sistema de Salud del Huntsville Hospital.
5. Cuando un paciente solicita cuidados de beneficencia, los pacientes no asegurados que sean elegibles para descuentos descritos en esta política deben completar una solicitud para la participación en Medicaid o para la cobertura por cualquier otro programa de pago gubernamental.
6. La asistencia financiera en caso de catástrofes está disponible para pacientes que no califican para el cuidado gratuito, según los criterios antes mencionados; quienes, debido a la naturaleza y extensión de los servicios provistos, tienen obligaciones financieras significativas vinculadas con el cuidado en relación con el ingreso del hogar y otros recursos potencialmente disponibles. En dichas circunstancias, la responsabilidad del paciente será limitada al resultado menor tras comparar el 30 % del ingreso familiar y la cantidad generalmente facturada.
7. Otros descuentos por fuera de dicha política serán considerados caso por caso por el director ejecutivo o el director financiero del Sistema de Salud del Huntsville Hospital.

Política de Asistencia Financiera

1. El personal del hospital dará a los pacientes un resumen en lenguaje claro de la política de asistencia financiera del Sistema de Salud del Huntsville Hospital y un formulario de solicitud para esta, una vez que un paciente sea identificado como no asegurado. El momento para la entrega de dicha política y del formulario de Solicitud para la Asistencia Financiera dependerá de si la identificación se realizó en el momento del servicio, durante el proceso de facturación o durante la cobranza. El paciente no asegurado debe completar el formulario de Solicitud para la Asistencia Financiera y proveer la información descrita en el párrafo (2) que se encuentra abajo. Tras ser completado el formulario de Solicitud por parte del paciente, el personal del hospital revisará el documento y lo contrastará con los criterios de elegibilidad. El paciente no asegurado proveerá al Sistema de Salud del Huntsville Hospital la documentación de soporte de su nivel de ingresos.
2. Al evaluar la necesidad de asistencia financiera de un paciente no asegurado, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital puede revisar los formularios W-2 que se tienen del paciente no asegurado, así como la verificación escrita del salario de parte del empleado y la verificación de una agencia pública de beneficencia u otra agencia gubernamental que testifique el estado de ingresos del paciente y la verificación de cuentas bancarias y activos. Tras la solicitud, un paciente no asegurado deberá proveer la documentación que sea razonablemente necesaria para verificar su nivel de ingresos.
3. El personal del Sistema de Salud del Huntsville Hospital usará la información del nivel federal de pobreza disponible para el año calendario en el que se llenó la solicitud a fin de determinar la elegibilidad del paciente no asegurado para recibir la asistencia financiera.
4. Si un paciente cumple con todos los criterios de elegibilidad, dicho paciente debe firmar una declaración certificada que verifique su nivel de ingresos en el hogar. El personal del Sistema de Salud del Huntsville Hospital puede contactar al empleador del paciente, de haberlo, para verificar el estado del paciente no asegurado o solicitar verificación adicional de su nivel de ingresos.
5. Para determinar la elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital usa una escala variable de descuentos, que toma en consideración los ingresos del hogar del paciente y sus activos calificables. Los activos no listados como activos protegidos estarán disponibles para el pago de los gastos médicos. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital puede contar los activos disponibles excedentes como ingreso del año actual al establecer el nivel de descuento ofrecido al paciente.

Activos protegidos:

- Residencia personal principal
- Cuentas de jubilación individual (Individual Retirement Arrangement, IRA), planes 401-K, planes o pensiones de retiro de valor en efectivo
- Activos razonables usados en un negocio
- Planes de ahorro universitario definidos por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
- Propiedad personal

Lineamientos de Asistencia Financiera para Pacientes No Asegurados		
Nivel de ingreso (% del FPL)	Descuento	Multiplicador del ingreso mensual bruto para determinar los activos permitidos
0 - 200 %	100 % de la tasa de Medicare	5.00
201 % - 250 %	50 % de la tasa de Medicare	4.00
251 % - 300 %	40 % de la tasa de Medicare	3.33
301 % - 350 %	25 % de la tasa de Medicare	2.86
351 % - 400 %	15 % de la tasa de Medicare	2.50

6. La asistencia financiera a pacientes no asegurados ofrecida en esta política está sujeta a revisión por parte del director de Servicios Financieros al Paciente del Sistema de Salud del Huntsville Hospital a fin de asegurar el cumplimiento de esta política.

7. Asistencia Financiera Presumible

- a. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital puede considerar a ciertos pacientes como elegibles, de manera presumible, para la asistencia financiera al utilizar a un tercero para revisar la información de un paciente o del fiador del paciente y evaluar su elegibilidad para la asistencia financiera.
- b. Una vez sus cuentas se consideren como elegibles a través del proceso de cuidado financiero presumible, la cantidad de la obligación del paciente recibirá un descuento del 100 % como asistencia financiera.
- c. El Sistema de Salud del Huntsville Hospital considera a los individuos como elegibles, de manera presumible, si demuestran las siguientes condiciones o su elegibilidad en los siguientes programas en función del nivel de ingresos:
 1. Ausencia de vivienda.
 2. Fallecido sin propiedades.
 3. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplementary Nutrition Assistance Program, SNAP).
 4. Los pacientes que califiquen para Medicaid de Emergencia serán elegibles para la asistencia asociada con servicios médicos de emergencia o necesarios por razones médicas no cubiertos por Medicaid.
 5. Los pacientes que califiquen para programas locales de atención al indigente a nivel del condado serán elegibles para la asistencia asociada con servicios médicos de emergencia o necesarios por razones médicas no cubiertos por dicho programa.

Ve a también las "Limitaciones de las cantidades generalmente facturadas" abajo.

Pese a la tabla de arriba, donde hay un premio de asistencia financiera que no cubre el 100 % de los cargos del servicio, las cantidades cobradas a los pacientes elegibles para el cuidado con descuento no serán mayores que las cantidades generalmente facturadas por el Sistema de Salud del Huntsville Hospital a pacientes bajo el método "prospectivo de Medicare" del Servicio de Impuestos Internos, que es la cantidad que el Sistema de Salud del Huntsville Hospital esperaría recibir de pacientes con seguro de Medicare. En el caso de todos los demás cuidados cubiertos por esta política, la cantidad cobrada a los pacientes elegibles para el cuidado con descuento será menor que los costos brutos por dicho cuidado.

Acciones bajo la Política de Cobranza en el caso de incumplimiento de pago

Las acciones que el Sistema de Salud del Huntsville Hospital pueda tomar, relacionadas con el incumplimiento de pago por parte de un paciente que puede pagar por los servicios, incluida la acción de cobranza y reporte a agencias de crédito, son expuestas en la Política de Cobranza del Sistema de Salud del Huntsville Hospital, efectiva a partir del 1.º de enero de 2005 y que se encuentra en <https://www.huntsvillehospital.org/patients-visitors/financial-information>

Notificación de la Determinación de Elegibilidad

1. Se deben ofrecer lineamientos claros sobre la extensión de tiempo requerida para revisar la solicitud y proveer una decisión al paciente al momento de recibir la solicitud. Una pronta decisión escrita que provea una razón para la denegación será provista generalmente entre los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.
2. Las acciones de cobranza extraordinaria se suspenderán durante la consideración de una solicitud que se haya completado para el cuidado de beneficencia. Previa a la entrega de la cuenta a una agencia de cobro, se colocará una nota en la cuenta del paciente, relacionada con el cuidado de beneficencia para suspender la actividad de cobranza. Si la cuenta ha sido entregada a la agencia de cobro, esta será notificada por teléfono para suspender los esfuerzos de cobranza hasta que se llegue a una determinación. Si la determinación del cuidado de beneficencia permite una reducción porcentual, pero deja al paciente con un saldo de autopago, los términos del pago serán establecidos sobre la base del ingreso disponible.

Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera previos a las acciones de cobranza extraordinaria

Pese a cualquier otra previsión de cualquier otra política en el Sistema de Salud del Huntsville Hospital que haga referencia a la facturación y cobranza, incluida la política de cobranza referida arriba, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital no se involucrará en acciones de cobranza extraordinaria antes de que se realicen esfuerzos razonables para determinar si un individuo que tiene una cantidad facturada sin pagar del Sistema de Salud del Huntsville Hospital es elegible para la asistencia financiera bajo esta política.

Como se menciona, las "acciones de cobranza extraordinaria" significarán lo estipulado en las Regulaciones del Tesoro, emitidas en la sección § 501(r) del Código Interno de Ingresos, e incluyen vender la deuda del paciente a un tercero (con limitadas excepciones); reportar información adversa a agencias de reporte del consumo u oficinas de crédito; referir, denegar o requerir pago antes de que se provea el cuidado necesario por razones médicas con base en un incumplimiento de pago previo; y tomar acciones legales, como colocar un derecho de retención sobre la propiedad o adjuntar o confiscar cuentas bancarias, o tomar acciones civiles como arrestos, detenciones o embargos salariales.

Según se menciona aquí, los "esfuerzos razonables" hacen referencia a lo dicho en las Regulaciones del Departamento del Tesoro, publicadas bajo la sección § 501(r) del Código de Impuestos Internos. Para poder cumplir con dicha obligación, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital:

- Se asegurará de que esta política ha sido "ampliamente publicitada" (dentro del significado de las regulaciones).

- Se abstendrá de iniciar cualquier acción de cobranza extraordinaria durante al menos 120 días a partir de la fecha de la primera facturación por el cuidado después del alta.
- Proveerá una notificación escrita sobre dicha política (incluida una copia del resumen en lenguaje claro, una declaración referente a toda acción de cobranza extraordinaria que el hospital o una tercera parte no autorizada pretenda iniciar y los esfuerzos razonables para notificar al individuo de forma oral sobre esta política) 30 días antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobranza.
- Aceptará solicitudes de asistencia financiera durante al menos 240 días a partir de la fecha de la primera facturación por el cuidado después del alta.
- Notificará a los individuos que envíen una solicitud incompleta durante el periodo de solicitudes sobre cómo completar esta (y proveerá información de contacto para la asistencia) y suspenderá cualquier acción de cobranza extraordinaria en relación con estos individuos hasta que se determine su elegibilidad.
- Determinará si los individuos son elegibles cuando se envíen las solicitudes completas durante el periodo de 240 días.

Si una solicitud completa se envía durante el periodo de aplicación de 240 días, el Sistema de Salud del Huntsville Hospital, de manera puntual:

- Suspenderá cualquier acción de cobranza extraordinaria para obtener pago por el cuidado.
- Determinará la elegibilidad y notificará al individuo por escrito sobre dicha determinación (incluida la asistencia por la que es elegible el individuo).
- Proveerá una declaración de facturación donde se indique el monto que se debe y cómo fue determinado, en el caso en que el individuo no sea elegible para el cuidado gratuito.
- Devolverá cualquier cantidad pagada que exceda la cantidad requerida por esta política.
- Reversará cualquier acción de cobranza extraordinaria (p.ej.: removerá información adversa del reporte de crédito).

El Sistema de Salud del Huntsville Hospital garantiza que cualquier agencia de cobranza que provea servicios en su nombre conoce esta política de asistencia financiera y se adhiere a los requerimientos allí contenidos y a la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986.

Lista de Proveedores

Un listado de los proveedores que brinden cuidados de emergencia o cuidados necesarios por razones médicas en las instalaciones del Sistema de Salud del Huntsville Hospital, más allá del propio Sistema de Salud del Huntsville Hospital, especifica cuáles proveedores están cubiertos por esta política de asistencia financiera y cuáles no, y se adjunta como Anexo B.

Implementación de la política

El Departamento de Consejería Financiera se encarga de la supervisión de la política para la Facturación y Cobranza de Pacientes No Asegurados.

Esta política de asistencia financiera también está disponible en español.

Anexo A: Estado Financiero

Nombre del paciente: Apellido		Nombre		Inicial segundo nombre	
Número(s) de cuenta:					
Fecha(s) de admisión:			Razón:		
N.º de Seguridad Social:		FDN:	Edad:	Hombre	Mujer
Estado civil (encierre uno) Casado En unión de hecho Soltero Viudo Divorciado Separado ¿Por cuánto tiempo?					
Nombre del cónyuge:			N.º de Seguridad Social del cónyuge:		
N.º de teléfono de casa del paciente:		N.º de teléfono del trabajo:		N.º del teléfono celular:	
Dirección actual:					
	Calle		Ciudad	Estado	Código Postal
Condado:			Hace cuánto tiempo vive en la dirección actual:		
Nombre de un familiar con quien no viva:			N.º de teléfono del familiar:		
Empleador del paciente:			Fecha de contratación: (mes/día/año)		
Si no estuvo empleado, última fecha laborada (mes/día/año)			Razón:		
Empleador del esposo/a:			Fecha de contratación: (mes/día/año)		
Si esposo/a no estuvo empleado, última fecha laborada (mes/día/año)			Razón:		
Liste TODAS las cuentas bancarias (Nombre y N.º de cuentas)					
Nombre de la cuenta		N.º de cuenta		Corriente	Ahorros
Propiedades Casa		Terreno	Automóvil (año y marca)		
Está Alquilado	En proceso de compra	Es dueño	¿Vive con alguien o alguien lo mantiene económicamente?		¿Quién?
N.º de personas que viven en el hogar:			¿Relación con usted?		
Liste las edades de SUS hijos, en caso de que aún vivan en el hogar:					
¿Ocurrió un accidente?	Tipo de accidente		Fecha y lugar en que tuvo lugar el accidente		
Información de política de pago médico:		Información de política de responsabilidad:		Información de política del propietario:	
¿Alguna vez ha solicitado ayuda ante la Seguridad Social para personas con discapacidad o la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)?				Fecha de última solicitud ante la SSI:	
¿El caso aún está abierto y pendiente de una decisión?			Si fue denegado, ¿ha enviado alguna apelación?		
¿Tiene un abogado trabajando en su caso?					
Nombre del abogado:			N.º de teléfono y dirección del abogado:		

Procedimientos y Políticas Organizacionales

INGRESO MENSUAL

GASTO MENSUAL

*Si los gastos son compartidos, liste solo su parte

Tipo de Ingreso	Cantidad	Tipo de Gasto	Cantidad
Salario bruto /desempleo (paciente)		Pago de alquiler, casa o venta	
Salario Neto tras impuestos (paciente)		Pago de terreno o lote	
Salario bruto (cónyuge)		Servicios	Gas Agua
Salario Neto tras impuestos (cónyuge)		Comida	Factura Telefónica
Salario bruto /desempleo (padres)		Crédito vehicular	Seguro vehicular
Salario Neto tras impuestos (padres)		Crédito vehicular	Seguro vehicular
*Si el paciente es un menor, liste el ingreso para ambos padres)		Pago de manutención infantil o pensión	
Cantidad del cheque de la Seguridad Social (paciente)		Gastos de guardería o cuidado infantil	
Monto del cheque de la Seguridad Social (cónyuge)		Préstamos educativos o universitarios	
Monto del cheque de la Seguridad Social (menor)		Liste todas las primas de seguro pagadas:	
Ingresos según la SSI (cantidad listada y destinatario)		Indemnización hospitalaria diaria	
Ingresos militares, de reserva o de veterano		Seguro de vivienda o alquiler	
Ingreso de discapacidad a corto o largo plazo		Seguro de salud	
Pago de manutención infantil o pensión recibido		Seguro estudiantil	
Monto del cheque de desempleo		Seguro de vida o funerario	
Monto de cheque de retiro o pensión		Seguro por cáncer	
Indemnización de los trabajadores		Gastos médicos (mensuales)	
Ingreso recibido por renta		Costos de prescripciones médicas (de sus propios fondos)	
Asistencia familiar o Ayuda a familias con hijos dependientes (Aid to Families with Dependent Children, ADFC)		Nombre de la tarjeta de crédito:	
Cupones de comida recibidos		Nombre de la tarjeta de crédito:	
Asistencia recibida de la Iglesia		Nombre de la tarjeta de crédito:	
Otros ingresos o dinero recibidos		Otros gastos	

Declaración del solicitante: Por medio de la presente, certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera hasta donde llega mi conocimiento, y que ningún elemento pertinente de la información ha sido escondida ni omitida en esta solicitud. También entiendo que el Huntsville Hospital tiene el derecho de reversar su decisión concerniente a los descuentos de beneficencia cuando se descubra información que indique que el paciente o sus fiadores tienen o tuvieron la capacidad de pagar por los servicios. Le doy al Huntsville Hospital permiso para acceder a mi historial crediticio y para proveer mi información financiera a aquellas compañías contratadas por el Huntsville Hospital para fines de programas de recuperación financiera o de producto a los pueda calificar. Si hay alguien a quien quisiera autorizar para hablar con nosotros a fin de completar el proceso de solicitud de asistencia financiera, liste su nombre abajo como persona designada en el espacio provisto para ello.

PERSONA DESIGNADA

INICIALES DEL PACIENTE PARA APROBAR

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA

FECHA:

FIRMA DEL CÓNYUGE:

FECHA:

REPRESENTACIÓN DE BOLDER

CONSEJERO FINANCIERO

Procedimientos y Políticas Organizacionales
ANEXO B:

LISTA DE PROVEEDORES

Medicina Interna del HH
Centro de Observación del HH
Asociados Quirúrgicos de Madison del HH
Centro de Enfermedades Digestivas del HH
Asociados Quirúrgicos del HH
Grupo de Médicos de Emergencia
Servicios de Anestesia del HH
Centro del Dolor de Tennessee Valley del HH
Centro Espinal y Neurológico del HH
Centro Cardíaco, LLC del HH
Clínica de la Fiebre y del Dolor del HH
Medicina Familiar de Mountain View
Red de Médicos del HH
Cuidado Médico del HH

La lista anterior de proveedores fue actualizada el 1.º de julio de 2022.