

Community Care *Programa de asistencia financiera*

Política y procedimientos

La política de Ministry Health Care y sus entidades afiliadas es proporcionar servicios de atención médica necesarios a las personas en las comunidades en las cuales presta servicios, independientemente de su capacidad de pago. La asistencia financiera Community Care se otorga en base a la incapacidad de pago del paciente y a las personas que no poseen seguro, están subaseguradas o son médicamente indigentes. La asistencia financiera no está disponible para “procedimientos médicamente innecesarios”.

Community Care trabaja junto con otros programas de asistencia financiera (tanto públicos como privados). Esto sirve para garantizar el bienestar integral de los pacientes mediante la facilitación de información acerca de los servicios y programas disponibles para la salud, y también a través de la práctica de una buena administración de fondos. Los criterios clave que se utilizan para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera Community Care incluyen la cantidad de miembros de la familia, los lineamientos federales de pobreza según el ingreso y los bienes disponibles.

Según los valores de Ministry Health Care, el personal tratará a los pacientes y a los miembros de la familia con

compasión, dignidad y respeto en todo momento durante el proceso de Community Care. Toda la información acerca del paciente y de sus bienes se considera confidencial y está protegida por la ley. Ministry Health Care salvaguardará la privacidad y seguridad de la información protegida de la salud del paciente. El acceso a la información del paciente o de los bienes se determina por una “necesidad de saber” y como mínimamente necesaria para llevar a cabo tareas o asignaciones. Ministry Health Care garantiza que todos tengan igual acceso a los servicios y programas; no se informará sobre el estado inmigratorio a las agencias federales.

Los pacientes de Community Care deben completar un formulario de solicitud y proporcionar toda la información necesaria requerida a fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. El mismo formulario de solicitud será utilizado por todas las organizaciones pertinentes de Ministry Health Care. Dicho formulario estará sujeto a verificaciones periódicas del estado financiero actual de la persona o de la familia. Si el paciente cree que Community Care lo ha rechazado erróneamente, puede apelar a la decisión por escrito.

Responsabilidades del solicitante

Se prevé que el paciente/garante cooperará y proporcionará toda la información necesaria requerida para determinar la elegibilidad de la asistencia financiera Community Care (las solicitudes pueden evaluarse nuevamente cada seis meses).

No existe ninguna organización capaz de cumplir con las necesidades de todos los pacientes que no pueden pagar. Community Care trabaja junto con otros programas de asistencia financiera (tanto públicos como privados). Se les solicitará a los pacientes que se interesen por todas las demás opciones asistenciales para las cuales podrían ser elegibles antes de solicitar una evaluación para la asistencia financiera Community Care.

Estimado paciente:

Adjunta encontrará una solicitud (Declaración financiera) para nuestro programa Community Care.

*El programa Community Care, motivado por la misión y los valores de Ministry Health Care, se encuentra disponible para los pacientes elegibles que no pueden pagar todos o parte de los honorarios del hospital o del médico debido a una necesidad financiera. A fin de poder considerarlo para el ingreso a Community Care, **debe entregarnos todos los documentos numerados en la siguiente Lista de verificación de la documentación.** Si no puede proporcionar la documentación solicitada, indique la(s) razón(es).*

Le recomendamos que envíe la declaración financiera junto con la documentación de respaldo dentro de los 14 días. Revisaremos su información y nos comunicaremos con usted dentro de los 30 días. Si tiene alguna duda acerca de este programa de asistencia financiera o de los requisitos de la solicitud, no dude en comunicarse con nosotros.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Nombre del paciente/Patient's Name

Fecha/Date

DECLARACIÓN FINANCIERA/FINANCIAL STATEMENT *(adjunta en las páginas 17 a 21 de este cuadernillo)*

Complete detenidamente toda la información con letra de imprenta clara. Si algún punto no corresponde a su caso, escriba "NC" (no corresponde) o "0" (cero).

Debe proporcionarse/Must Be Provided

ASISTENCIA DEL ESTADO Y DEL CONDADO/STATE AND COUNTY ASSISTANCE

Documentación correspondiente a los programas médicos del Departamento de Servicios Sociales de su condado.

Proporcionado/Provided No proporcionado/Not Provided

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO/ UNEMPLOYMENT COMPENSATION

Si usted ha recibido una Compensación por desempleo en los últimos 12 meses, proporcione un comprobante del monto e indique el período de tiempo en el cual la recibió.

Proporcionado/Provided No proporcionado/Not Provided

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

DECLARACIÓN DE IMPUESTOS/ TAX STATEMENTS

Si durante el último año fue propietario, o si pagó impuestos por bienes personales, proporcione una copia de la factura del impuesto o de los balances.

Proporcionado/Provided No proporcionado/Not Provided

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA/FEDERAL INCOME TAX

Proporcione una copia completa del formulario del Impuesto federal sobre la renta del último año e incluya todos los anexos presentados y los formularios W2.

Proporcionado/Provided No proporcionado/Not Provided

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

**LISTA DE VERIFICACIÓN
DE LA DOCUMENTACIÓN** *(continuación)* **VERIFICACIÓN DE INGRESOS/BENEFICIOS DEL
SEGURO SOCIAL/INCOME VERIFICATION/
SOCIAL SECURITY BENEFITS**

Proporcione un comprobante de ingresos de los últimos 12 meses e incluya los últimos recibos de sueldo y los últimos dos estados de cuenta bancarios.

Si usted recibe beneficios del Seguro social, incluya una copia de alguno de los siguientes documentos:

- (a) balance anual que indique la cantidad de beneficios mensuales,
- (b) recibo del Seguro social,
- (c) estado bancario que indique el monto de depósito directo.

 Proporcionado/Provided **No proporcionado/Not Provided**

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

 **PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN
POR HIJOS/CHILD SUPPORT/ALIMONY**

Si usted está pagando/recibiendo pensión alimenticia/manutención por hijos, envíe una copia de los comprobantes de pago de los últimos 12 meses o un informe de la Oficina de Mantenimiento de Menores de los servicios sociales del condado.

 Proporcionado/Provided **No proporcionado/Not Provided**

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

 **GASTOS POR ATENCIÓN MÉDICA/
HEALTH CARE EXPENSES**

Si ha necesitado medicamentos en los últimos 12 meses, proporcione documentación de la farmacia donde consten sus gastos en efectivo. Si paga primas de seguro luego de deducir los impuestos, también proporcione una factura reciente.

 Proporcionado/Provided **No proporcionado/Not Provided**

Si no se proporciona, enumere la(s) razón(es): _____

La declaración financiera completa y la documentación de respaldo se deberán enviar por correo, o entregar personalmente, a la dirección de Community Care (que figura en el bolsillo trasero de esta carpeta) donde se atendió al paciente.

Nombre del paciente/Patient's Name	Fecha/Date
------------------------------------	------------

N.º de historia clínica O Fecha de nacimiento/Medical Record # OR Date of Birth	Domicilio/Address
--	-------------------

¿Ha solicitado asistencia en algún otro establecimiento de Ministry Health Care recientemente? Sí No
 Have you applied at any other Ministry Health Care facility recently? Yes No

¿Dónde?/If yes, where? _____

Persona responsable/Responsible Party	Fecha de nacimiento/Date of Birth	Cónyuge/Spouse	Fecha de nacimiento/Date of Birth
Domicilio/Address		Tiempo en el domicilio actual/Time at present address: _____ años/Years _____ meses/Months	<input type="checkbox"/> Propio/Own <input type="checkbox"/> Alquilado/Rent
Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip Code	Cantidad de personas en la casa/ Number of household members
Número de teléfono (con código de área)/ Telephone number (with area code)	Condado/County		Nombres de otras personas en la casa/ Names of other household members
			Edades Ages
Agregue más nombres y edades en la sección "Información adicional" de la página 21. List additional names and ages under "Additional Information" on page 21.			

Información demográfica

Paciente/Patient

Número de seguro social/Social Security Number		
Empleador/Employer		
Domicilio y teléfono laboral/Business Address & Phone		
Ocupación/Occupation		
Antigüedad en el empleo Length of Employment	Salario por hora Hourly Wage \$	Horas trabajadas por semana Hours worked per week

Cónyuge/Spouse

Número de seguro social/Social Security Number		
Empleador/Employer		
Domicilio y teléfono laboral/Business Address & Phone		
Ocupación/Occupation		
Antigüedad en el empleo Length of Employment	Salario por hora Hourly Wage \$	Horas trabajadas por semana Hours worked per week

DECLARACIÓN FINANCIERA – Página 2

	Paciente/Patient	Cónyuge/Spouse
Fuentes de ingreso - Bruto mensual (sin deducción de impuestos)	Ingreso bruto mensual (sin deducción de impuestos) Monthly Gross (Before Taxes) Income \$ _____	Ingreso bruto mensual (sin deducción de impuestos) Monthly Gross (Before Taxes) Income \$ _____
	Seguro social/Social Security \$ _____	Seguro social/Social Security \$ _____
	Asistencia pública/Public Assistance \$ _____	Asistencia pública/Public Assistance \$ _____
	Ingresos por arrendamiento/Rental Income \$ _____	Ingresos por arrendamiento/Rental Income \$ _____
	Jubilación/Pensión/Retirement/Pension \$ _____	Jubilación/Pensión/Retirement/Pension \$ _____
	Beneficios para veteranos de guerra - ¿Es usted veterano o recibe beneficios para veteranos?/Veterans Benefits – Are you a veteran or entitled to veteran’s benefits? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No \$ _____	Beneficios para veteranos de guerra - ¿Es usted veterano o recibe beneficios para veteranos?/Veterans Benefits – Are you a veteran or entitled to veteran’s benefits? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No \$ _____
	Compensación por desempleo/a los trabajadores Unemployment/Workers Compensation Desde/From _____ hasta/to _____ \$ _____	Compensación por desempleo/a los trabajadores Unemployment/Workers Compensation Desde/From _____ hasta/to _____ \$ _____
	Manutención de menores/Custodia tutelar/Pensión alimenticia/Child Support/Foster Care/Alimony \$ _____	Manutención de menores/Custodia tutelar/Pensión alimenticia/Child Support/Foster Care/Alimony \$ _____
	Discapacidad/Disability \$ _____	Discapacidad/Disability \$ _____
	Otro/Other: _____ \$ _____	Otro/Other: _____ \$ _____
TOTAL/ TOTAL \$ _____	TOTAL/ TOTAL \$ _____	
Ingreso bruto mensual combinado TOTAL/TOTAL Combined Monthly Gross Income \$ _____		
En caso de corresponder cero o sin ingresos, explique cómo solventa los gastos de mantenimiento./If zero or no income, please explain how you provide for your living expenses: _____		
Figuro como carga familiar en la presentación de impuestos sobre la renta de otra persona./I am claimed as a dependent by another individual on their income tax filing. <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No		
En caso afirmativo, proporcione el nombre y grado de parentesco./If yes, provide name and relationship: _____		

	Banco y ubicación/Bank & Location	Monto/Valor
BIENES/Ahorros – Conjuntos	Cuenta(s) corriente(s) Checking Account(s)	\$ _____
	Cuenta(s) de ahorros Savings Account(s)	\$ _____
	Certificado de depósito (CD) Certificate of Deposit (CD)	\$ _____
	Acciones/Bonos Stocks/Bonds	\$ _____
	Otro (IRA (cuentas de jubilación individual)/Fondos comunes de inversión/Planes 401K)/Other (IRAs/Mutual Funds/401K)	\$ _____

DECLARACIÓN FINANCIERA – Página 3

BIENES/Propiedad

Domicilio de la vivienda familiar/Homestead Address	Valor imponible/ Assessed Value \$ _____	Saldo de la hipoteca/ Mortgage Balance \$ _____
---	--	---

Municipio, Condado/Township, County	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago de la hipoteca/ Mortgage Payment \$ _____
-------------------------------------	---	--

Vehículo automotor N.º 1: año, marca y modelo/ Motor Vehicle #1: Year, Make and Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo automotor N.º 2: año, marca y modelo/ Motor Vehicle #2: Year, Make and Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo automotor N.º 3: año, marca y modelo/ Motor Vehicle #3: Year, Make and Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo automotor N.º 4: año, marca y modelo/ Motor Vehicle #4: Year, Make and Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo para actividades recreativas #1 (<i>botes, moto de nieve, etc.</i>): año, marca y modelo/Recreational Equip. #1 (<i>boats, snowmobiles, etc.</i>): Year, Make & Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo para actividades recreativas #2 (<i>botes, moto de nieve, etc.</i>): año, marca y modelo/Recreational Equip. #2 (<i>boats, snowmobiles, etc.</i>): Year, Make & Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Vehículo para actividades recreativas #3 (<i>botes, moto de nieve, etc.</i>): año, marca y modelo/Recreational Equip. #3 (<i>boats, snowmobiles, etc.</i>): Year, Make & Model	Valor/ Value \$ _____	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Acreedor del derecho de retención/Lien Holder	Pago/ Payment \$ _____
--	-----------------------------	--	---	------------------------------

Otra propiedad N.º 1: domicilio, municipio y condado/Other Property #1: Address, Township & County	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Valor imponible/ Assessed Value \$ _____	Pago/ Payment \$ _____
--	--	--	------------------------------

Otra propiedad N.º 2: domicilio, municipio y condado/Other Property #2: Address, Township & County	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Valor imponible/ Assessed Value \$ _____	Pago/ Payment \$ _____
--	--	--	------------------------------

Otra propiedad N.º 3: domicilio, municipio y condado/Other Property #3: Address, Township & County	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Valor imponible/ Assessed Value \$ _____	Pago/ Payment \$ _____
--	--	--	------------------------------

Otra propiedad N.º 4: domicilio, municipio y condado/Other Property #4: Address, Township & County	Saldo del crédito/ Loan Balance \$ _____	Valor imponible/ Assessed Value \$ _____	Pago/ Payment \$ _____
--	--	--	------------------------------

DECLARACIÓN FINANCIERA – Página 4

GASTOS mensuales	Alquiler/Rent \$ _____	Aguas y cloacas/Water & Sewer \$ _____	Alimentos/Food \$ _____	Medicamentos/Medications \$ _____
	Luz/Electric \$ _____	Seguro del automóvil/Auto Insurance \$ _____	Impuestos inmobiliarios/Property Taxes \$ _____	Cuidado de los niños/Child Care \$ _____
	Calefacción/Heat \$ _____	Seguro de vida/Life Insurance \$ _____	Pensión por hijos/Child Support \$ _____	Otro/Other: _____ _____ _____
	Teléfono/Teléfono celular/ Phone/Cell Phone \$ _____	Seguro de inquilino/propietario/ Renter's/Homeowner's Insurance \$ _____	Pensión alimenticia/Manutención/ Alimony/Maintenance \$ _____	\$ _____
	TV por cable/satélite/ Cable TV/Satellite \$ _____	Costo de transporte/Transportation Cost \$ _____	Seguro de salud/Health Insurance \$ _____	TOTAL/ TOTAL \$ _____

Cuentas de crédito y otros GASTOS	Nombre del acreedor/Creditor Name	Domicilio/Address	Saldo/Balance	Pago/Payment
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
			TOTAL/ TOTAL \$ _____	

GASTOS médicos	Nombre del acreedor/Creditor Name	Domicilio/Address	Saldo/Balance	Pago/Payment
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
	_____	_____	\$ _____	\$ _____
			TOTAL/ TOTAL \$ _____	

GASTOS COMBINADOS totales (mensuales, cuentas de crédito, médicos y otros)
COMBINED TOTAL Expenses (monthly, charge accounts, medical and other) \$ _____

DECLARACIÓN FINANCIERA – *Página 5*

Información adicional

¿Ha solicitado algún programa asistencial del estado/condado?
 Have you applied for any state/county assistance program?
 Sí/Yes No/No

En caso afirmativo, Programa/
 If Yes, Program _____

Condado/County _____

Fecha de solicitud/Date Applied _____

Solicitud/Application: Aceptada/Accepted Rechazada/Denied Pendiente/Pending

Realice comentarios con respecto a otros asuntos relacionados con su situación financiera que crea que deban considerarse al momento de evaluar su solicitud./Please comment on any other items regarding your financial situation which you feel should be taken into consideration in the determination of your application.

Autorizo a Ministry Health Care a corroborar cualquier información provista en esta declaración financiera. Doy fe de que la información anterior, a mi leal saber y entender, es precisa y realmente representa mi estado financiero actual. Esta información financiera, junto con la información obtenida mediante el proceso de verificación, puede ser compartida con los médicos que me atienden con el único fin de determinar si los servicios médicos me serán proporcionados con una tasa de descuento. Entiendo que los médicos son contratistas privados y sus honorarios pueden no formar parte de este programa Community Care.

Entiendo que debo mantener la cobertura de cualquier otro programa de seguro médico para el cual soy elegible, y que de no hacerlo puedo perder mi elegibilidad para la asistencia de Community Care.

Entiendo que si se me otorga esta solicitud, algunos o todos los costos de mi atención médica serán pagados por el programa de asistencia financiera Community Care de Ministry Health Care. Si recibo el pago de cualquier otra fuente como compensación o reembolso por los costos de mi atención, notificaré inmediatamente a Ministry Health Care. Además, le devolveré a Ministry Health Care los gastos de mi atención pagados por el programa, hasta el monto total del pago que reciba de cualquier otra fuente.

También notificaré a Ministry Health Care si recibo o tengo derecho a recibir algún pago por un acuerdo legal o juicio que se relacione con los acontecimientos que originaron mi atención médica en Ministry Health Care. Mediante la firma de esta solicitud, le proporciono a Ministry Health Care el derecho de recuperar, a través de cualquier pago proveniente de un acuerdo o juicio, un monto igual a los gastos de mi atención que fueron pagados por el programa.

 Firma del paciente (o garante)/Patient's (or guarantor) Signature

 Fecha/Date

Nota: Si no se adjunta la documentación requerida, es posible que no se considere la solicitud.

Nombre del paciente/Patient's Name	N.º de historia clínica O Fecha de nacimiento/ Medical Record # OR Date of Birth
Domicilio (Calle, Ciudad, Estado y Código postal)/Address (Street, City, State and Zip)	Número de teléfono (con código de área)/ Telephone Number (with area code)
En caso de atención domiciliaria o cuidados paliativos, indique el nombre y la ubicación de la agencia./If home care or hospice, list agency name and location	
Si la asistencia de Community Care le ha sido denegada parcial o totalmente, ¿le gustaría solicitar un convenio con plazos de pago para cancelar los saldos de su cuenta? If you have been denied for partial or full community care assistance, would you like to request an extended payment arrangement to pay off your account balances? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	

CAMBIO(S) FINANCIERO(S)

Describa cualquier cambio financiero que haya ocurrido desde que completó su solicitud para Community Care. ¿En qué han cambiado sus ingresos, bienes o gastos? ¿Tiene gastos adicionales?/Please describe any financial changes that have occurred since the completion of your community care application. How have your income, assets and/or expenses changed? Do you have additional expenses?

Describa los cambios/Describe changes:	Previo/Previous	Actual/Current
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

OTRAS RAZONES PARA APELAR

¿Existen otras razones o circunstancias por las cuales debemos volver a considerar su solicitud al programa de asistencia financiera Community Care? Adjunte documentación adicional o una verificación de los cambios financieros enumerados anteriormente./Are there other reasons or circumstances that we should reconsider your Community Care Financial Assistance Program application? Please attach additional documentation or verification of financial changes noted above.

Firma del paciente (o garante)/Patient's (or guarantor) Signature _____
Fecha/Date

Fecha de Recepción: _____ **REVISIÓN DE LA APELACIÓN:** REDUCCIÓN TOTAL REDUCCIÓN TARCIAL NINGÚN CAMBIO

Community Care *Programa de asistencia financiera*

Preguntas frecuentes

¿Qué sucede si no puedo pagar mi factura médica?

Si los servicios le fueron brindados en un establecimiento de Ministry Health Care, puede ser elegible para la asistencia financiera Community Care. Sin embargo, se solicita a los pacientes que se interesen por todas las demás opciones asistenciales antes de buscar asistencia financiera de Ministry Health Care.

¿Por qué debo buscar otras fuentes de financiación antes de recibir asistencia financiera?

No existe ninguna organización capaz de cumplir con las necesidades de todos los pacientes que no pueden pagar. Community Care trabaja junto con otros programas de asistencia financiera (tanto públicos como privados). Esto garantiza que los recursos de Ministry Health Care estarán disponibles para los pacientes que no califican para otra ayuda financiera.

¿Cómo puedo obtener información sobre otras fuentes de financiación?

Siempre resulta difícil saber por dónde comenzar debido a la complejidad de los programas, pero un buen lugar para hacerlo es comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales del condado. Puede encontrar una lista más completa de los recursos en:

<http://covertheuninsured.org/stateguides>

¿Qué es lo que determina la asistencia financiera que recibiré?

Usted proporcionará información acerca de sus ingresos, bienes y cantidad de miembros en su familia; lo cual determinará el nivel de asistencia.

¿Puedo solicitar asistencia financiera si ya he recibido mi factura médica?

Sí. Se recomienda a los pacientes que soliciten asistencia financiera antes de recibir atención. Sin embargo, puede solicitar asistencia incluso si su factura está vencida.

¿Con quién puedo comunicarme si tengo más dudas?

Para obtener más información acerca de Community Care, comuníquese con el número de teléfono que figura en su(s) factura(s) y solicite un asesor financiero. Si aún no ha recibido una factura, comuníquese con el Departamento de Servicios Contables para los Pacientes (oficina de facturación) y solicite un asesor financiero.