



Política y procedimiento de asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

Propósito. Promover la misión caritativa de Faith Regional Health Services, brindando a los pacientes con menos recursos y a otros pacientes calificados la posibilidad de solicitar y recibir atención gratuita o con descuento de conformidad con los requisitos del Código de Rentas Internas y los reglamentos de aplicación.

Alcance. Esta política es aplicable a todos los pacientes de Faith Regional Health Services.

Política:

A. Criterio de elegibilidad. Las siguientes clases de personas y categorías reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera según esta política.

1. **Financieramente indigente.** Para calificar como Financieramente indigente, el paciente no debe tener seguro o estar infraasegurado y tener un ingreso familiar igual o inferior a 100 % del Nivel Federal de Pobreza del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) siempre y cuando, sin embargo, que los pacientes que cumplan los criterios mínimos de ingresos familiares, pero tengan un patrimonio neto de más de doscientos por ciento (200 %) del total de las facturas médicas pendientes, no puedan calificar como Financieramente indigentes. Las siguientes definiciones se aplican a dichos criterios de elegibilidad:

- a. "Sin seguro": paciente que no tiene seguro de salud o cobertura de los programas de atención de salud gubernamentales y está exento de la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) o de cualquier otro pago a cargo de terceros, como la compensación del trabajador o los reclamos que impliquen accidentes en contra de terceros.
- b. "Infraasegurado": paciente que tiene una cobertura de seguro de salud limitada a los servicios médicos necesarios proporcionados por el hospital o ha superado la limitación según su cobertura de seguro.
- c. "Ingresos familiares": total de ingresos de todos los miembros adultos que viven en el hogar del paciente durante los doce (12) meses antes de solicitar la asistencia según esta política.
- d. "Patrimonio neto": valor del activo neto (activos menos pasivos, excluidos los pasivos hospitalarios) de todos los miembros adultos que viven en el hogar del paciente durante los doce (12) meses antes de solicitar la asistencia según esta política.

B. No solicitar Medicaid. Los pacientes que pueden ser elegibles para Medicaid, ACA, MASH u otras fuentes de asistencia financiera y no solicitan este tipo de fuentes de asistencia financiera dentro de los treinta (30) días tras la petición del hospital, no se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera según esta política.

C. Categorías de atención elegible para asistencia financiera. Siempre que el paciente califique como Financieramente indigente, tanto la atención médica de emergencia como la atención médicamente necesaria son elegibles para recibir asistencia financiera según esta política. Independientemente de la condición del paciente como Financieramente indigente, los

procedimientos estéticos y de fertilidad no son elegibles para recibir asistencia financiera según esta política.

- D. Proveedores cubiertos. La atención proporcionada por el hospital y los médicos y enfermeros del hospital está cubierta por esta política. La atención proporcionada por los médicos independientes de la comunidad y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes deben ponerse en contacto con estos otros proveedores para determinar si la atención es elegible para recibir asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener, sin costo alguno, una lista actualizada de los proveedores que están sujetos a esta política recurriendo a la asesoría financiera para el paciente en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska; llamando al 402-371-4880 o visitando la página web www.frhs.org.
- E. Limitación de los cargos y cálculo del importe adeudado. A los pacientes que se consideran elegibles para recibir asistencia financiera según esta política no se les aplicarán mayores cargos por la atención cubierta por esta política que el importe generalmente facturado por el hospital a las personas que tienen seguro de salud que cubra dicha atención. Los descuentos otorgados a los pacientes elegibles según esta política serán obtenidos de los cargos brutos.
- F. Cálculo de los importes generalmente facturados. El "Importe generalmente facturado" o "AGB" (por sus siglas en inglés) es la cantidad que el hospital por lo general factura a los pacientes asegurados. El hospital utiliza el método retroactivo para establecer su AGB y el porcentaje de AGB. El AGB son los cargos brutos del hospital multiplicados por el porcentaje de AGB. Los pacientes pueden obtener el porcentaje de AGB más actualizado del hospital y una descripción del cálculo por escrito y de forma gratuita, recurriendo a la asesoría financiera para el paciente en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska; llamando al 402-371-4880 o visitando www.frhs.org. El hospital calcula su porcentaje de AGB de forma anual. Para los propósitos de esta política, cada nuevo porcentaje de AGB se implementará dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por el Hospital para calcular el porcentaje de AGB.
- G. Importe de la asistencia financiera/descuento. Los pacientes que no califican como Financieramente indigentes pueden ser elegibles para la asistencia financiera basada en una Hoja de determinación de asistencia financiera para el paciente. Si la asistencia financiera proporcionada al paciente deriva en un cargo mayor al AGB, se le proporcionará asistencia financiera adicional, debido a que el paciente no es personalmente responsable por una cantidad mayor que el AGB. Para determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado más del AGB, el hospital considera solo aquellos importes que implican una obligación personal del paciente. Los importes recibidos de gestores de pagos externos no se consideran abonados u obtenidos del paciente.

Procedimiento:

- A. Proceso y determinación de la solicitud. Los pacientes que consideran que pueden calificar para recibir asistencia financiera según esta política están obligados a presentar una solicitud con el formulario de solicitud de asistencia financiera del hospital durante el período de solicitud. Las solicitudes completas deben volver a presentarse en la asesoría financiera para el paciente en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska. Para los propósitos de esta política, el "Período de solicitud" comienza el día que se proporciona atención al paciente y termina (i) a los 240 días después de la fecha de la primera alta hospitalaria (ya sea como paciente interno o ambulatorio) en que se proporciona el resumen de cuenta al paciente O (ii) a no menos de 30 días después de la fecha en que el

hospital entregue al paciente la notificación final requerida para iniciar acciones de cobranzas extraordinarias ("ECA", por sus siglas en inglés); la fecha que fuese posterior.

Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en términos sencillos de esta política y una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita (i) por correo llamando al 402-371-4880, (ii) descargándolos de www.frhs.org, o (iii) en persona en la asesoría financiera para el paciente en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska.

B. Solicitudes completas. Una vez recibidas, el hospital suspenderá cualquier acción de cobranza extraordinaria iniciada contra el paciente, y procesará, revisará y tomará una determinación sobre las solicitudes de asistencia financiera completas presentadas durante el Período de solicitud, como se indica a continuación. El hospital se reserva el derecho de aceptar solicitudes de asistencia financiera completas, presentadas después del Período de solicitud.

C. Las siguientes personas tomarán la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera:

Importe potencial de deuda incobrabable	Autoridad competente
\$0,00 a \$5000,00	Gerente
\$5000,00 a \$10.000,00	Director departamental
\$10.000,00 y más	Director financiero

A menos que se retrase de otra manera como se establece en el presente documento, tal determinación se tomará dentro de los 30 días de la presentación de una solicitud completa y a su debido momento. Los pacientes serán notificados de la determinación del hospital como se establece en las disposiciones de facturación y cobro que se detallan en la política aparte de Facturación y cobro.

Para ser considerada "completa" una solicitud de asistencia financiera debe proporcionar toda la información requerida en el formulario y en las instrucciones del formulario.

El hospital no considerará una solicitud incompleta ni rechazará la asistencia financiera cuando no se haya proporcionado alguna información que no fue solicitada en la solicitud o en las instrucciones pertinentes, o petición enviada por correo de aclaración adicional de información. El hospital podrá tener en cuenta en su determinación (y para determinar si la solicitud del paciente es completa) la información que el paciente proporcionó aparte de la que presentó en la solicitud.

Ante una duda y/o para solicitar ayuda para llenar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede ponerse en contacto con la oficina de asesoría financiera en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, o llamar al 402-371-4880.

D. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa durante el Período de solicitud y el hospital determina que el paciente puede ser elegible para participar en Medicaid, el hospital le notificará al paciente por escrito de dicha elegibilidad potencial y le requerirá que adopte las medidas necesarias para inscribirse en dicho programa. En tales circunstancias, el hospital retrasará la tramitación de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que se complete la solicitud para Medicaid del paciente, hasta que se presente a la autoridad gubernamental requerida y hasta que se haya tomado una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la petición del hospital, el hospital procesará la solicitud de asistencia financiera completa y se negará la asistencia financiera debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.

E. Solicitudes incompletas. El hospital no procesará las solicitudes incompletas. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el hospital suspenderá las acciones de cobranzas extraordinarias y se le enviará al paciente una notificación por escrito exponiendo la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud. La notificación por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y la ubicación física de la oficina) de la ayuda financiera del paciente. La notificación le dará al paciente al menos 10 días para presentar la información requerida; con la condición, sin embargo, de que si el paciente presenta una solicitud completa antes de la finalización del Período de solicitud, el hospital aceptará y procesará la solicitud como completa.

F. Presunta elegibilidad.

El hospital se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera aun cuando la solicitud no se haya presentado para la atención correspondiente. El hospital puede utilizar las solicitudes de asistencia financiera presentadas dentro de los 90 días de la fecha del servicio para determinar la asistencia prestada al paciente. Si al paciente se le proporciona menos que el nivel máximo posible de asistencia financiera, el hospital:

1. Informará al paciente sobre la base de la presunta asistencia financiera
2. Notificará al paciente sobre cómo solicitar más asistencia financiera posible
3. Le facilitará al paciente el período completo de solicitud para pedir una ayuda más generosa antes de iniciar las ECA
4. Si la persona presenta una solicitud completa en busca de asistencia financiera adicional durante el Período de solicitud, se procesará la solicitud de acuerdo con esta política.

G. Medidas de cobranza

Para obtener más información sobre las medidas que el hospital puede tomar en caso de incumplimiento del pago, consulte la Política de facturación y cobro del hospital. Los pacientes pueden obtener dicha Política de forma gratuita poniéndose en contacto con la asesoría financiera para el paciente en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, 402-371-4880 o descargándola en www.frhs.org.

H. Atención médica de emergencia. Se proporcionará tratamiento médico de emergencia sin considerar la capacidad de pago y sin tener en cuenta si el paciente califica para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera. El hospital no tomará ninguna medida que pueda interferir en la prestación del tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, exigiendo el pago antes de recibir el tratamiento para las afecciones médicas de emergencia o iniciando las acciones de cobro de deudas que interfieran en la prestación de la atención médica de emergencia en el servicio de urgencias. Se proporcionará tratamiento médico de emergencia de acuerdo con las políticas vigentes del hospital y aplicando la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto.

Otras referencias de la Política de FRHS: Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto
Política de facturación y cobro

Otras referencias: Reglamento del Servicio de Rentas Internas 501(r)

Documentos correspondientes: Resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera para el paciente
Cálculo del AGB de la asistencia financiera para el paciente
Lista de verificación de la asistencia financiera para el paciente
Solicitud de asistencia financiera para el paciente
Hoja de determinación de asistencia financiera para el paciente
Decisión sobre la determinación de asistencia financiera para el paciente



Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

La política de Faith Regional Health Services (el "Hospital") es proporcionar asistencia financiera a los pacientes calificados con sus facturas pendientes para la atención médicamente necesaria y de emergencia prestada en el Hospital.

PACIENTES QUE CALIFICAN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Para recibir asistencia financiera según la Política de asistencia financiera (la "Política"), usted debe ser *financieramente indigente*.

Financieramente indigente

Para ser "financieramente indigente", no debe tener seguro o debe estar infraasegurado y tener un ingreso familiar igual o inferior al 100 % del Nivel de Pobreza Federal ("FPL", por sus siglas en inglés) del IRS. Sin embargo, incluso si su ingreso familiar es igual o inferior al FPL requerido, usted no puede calificar como "financieramente indigente" si su patrimonio neto supera el 200 % de sus gastos médicos totales del Hospital. El patrimonio neto se determina en función de sus activos, incluyendo casas, terrenos o propiedades, etc. netos de pasivos distintos de sus facturas de Hospital. Si califica como "financieramente indigente", la asistencia financiera se prestará sobre la base de una escala móvil de honorarios, comparando los ingresos familiares con un porcentaje del FPL como se establece en la Política.

Si es elegible para recibir asistencia financiera, no se le cobrará más que los importes generalmente facturados a los pacientes que tienen seguro de salud. Podría recibir más ayuda financiera si el descuento que le corresponde no cumple este requisito.

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

El Hospital alienta a los pacientes que pueden calificar que soliciten asistencia financiera. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera al completar y enviar una solicitud de asistencia financiera a la Asesoría Financiera de Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska.

Se puede obtener una copia de la Política y la solicitud de asistencia financiera sin costo, visitando la página web del Hospital, www.frhs.org, o acudiendo a los Servicios Financieros del Paciente del Hospital en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska. También se le puede enviar a su correo la Política y una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita poniéndose en contacto con la Asesoría Financiera al 402-371-4880.

INFORMACIÓN ADICIONAL Y ASISTENCIA CON LA SOLICITUD

Si tiene preguntas sobre la asistencia financiera o necesita ayuda con la solicitud de asistencia financiera, puede comunicarse con la Asesoría Financiera en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o llamar al 402-371-4880.

Hay disponibles copias traducidas al español de este resumen, de la política y de la solicitud de asistencia financiera en la página web del Hospital www.frhs.org, a petición en la Asesoría Financiera en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o llamando al 402-371-4880.



Importes generalmente facturados (AGB) de la asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

A un individuo que solicita y que se ha determinado que es elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que los importes generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen cobertura de seguro para esa misma atención.

Faith Regional Health Services aplicará el "método retroactivo" para la determinación del AGB. El método retroactivo incluirá todas las reclamaciones que han abonado en su totalidad Medicare/Medicaid/Aseguradoras de Salud Comerciales para la atención de emergencia/medicamento necesaria proporcionada por Faith Regional Health Services durante un período previo de doce (12) meses.

El AGB se determinará multiplicando los Cargos brutos de estos reclamos por un Porcentaje del AGB. Los Cargos brutos se definen como la tasa total establecida por la prestación de servicios y artículos sanitarios.

$(\text{Cargos brutos} \times \text{Porcentaje del AGB}) = \text{AGB}$

El Porcentaje del AGB se calcula dividiendo el importe real abonado a Faith Regional Health Services para estas reclamaciones por la suma de los Cargos brutos correspondientes para dichas reclamaciones.

$(\text{Importe real abonado} \div \text{Suma de cargos brutos}) = \text{Porcentaje del AGB}$



Lista de verificación de la asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

1. Complete la Solicitud de asistencia financiera para el paciente

- Debe ser ciudadano estadounidense, ciudadano naturalizado de EE. UU. o ser residente legal de EE. UU. con el fin de calificar para cualquier tipo de ayuda financiera otorgada por Faith Regional Health Services.
- Si no se presenta toda la información requerida con la solicitud, se le enviará una carta de solicitud. Tendrá diez (10) días a partir de la fecha de la carta para presentar la información solicitada. Si no se presenta la información requerida en el plazo solicitado, se rechazará su solicitud.
- Si no se completa y/o coopera con todos los demás programas de asistencia gubernamental o de FRHS; como MASH, Medicaid y la Reforma Sanitaria que comenzó el 1.º de enero de 2014, usted será descalificado del programa de asistencia financiera otorgado por Faith Regional Health Services.
- Se puede solicitar documentación adicional en cualquier momento con el fin de evaluar adecuadamente sus necesidades financieras para la asistencia. Si no se presenta la información adicional en el plazo solicitado, se rechazará su solicitud.
- Su cooperación para completar esta solicitud es importante. El monto de la asistencia que recibe está determinado por sus ingresos brutos, la cantidad de integrantes de la familia y los activos, así que complete el formulario con precisión.

2. Presente una constancia de los ingresos familiares de los últimos tres meses

- Ingreso bruto Presente los recibos de sueldo de tres meses. Si no tiene recibos de sueldo, presente una carta de su empleador que indique la información sobre los ingresos.
- Autónomo Presente una copia completa de su declaración de impuestos federales más reciente y un estado de pérdidas y ganancias de los últimos tres meses.
- Desempleo, discapacidad y/o Seguridad Social Presente una copia de la notificación de la carta de beneficios.
- Compensación de los trabajadores Presente copias de la carta de notificación, del informe de los beneficios de la compensación de los trabajadores o copias de los recibos de sueldo.
- Ingresos militares Presente una notificación de la carta de beneficios o un estado de cuenta bancaria si se depositan directamente.
- Pensión alimenticia Presente copias de los cheques que recibe o un estado de cuenta bancaria si se deposita directamente.
- Manutención infantil Presente documentación de los Servicios de manutención infantil o un estado de cuenta bancaria si se deposita directamente.
- Cupones de alimentos Presente documentación sobre Servicios humanos y de salud.

3. Presente una copia completa de su declaración de impuestos más reciente, además de todos los documentos probatorios

- Declaración de impuestos a la renta federales y estatales

4. Presente los estados de la cuenta bancaria de los últimos 3 meses

- Estados de la cuenta bancaria Presente los estados de la cuenta bancaria de los últimos tres meses. Esto incluye todas las cuentas corrientes, de ahorros y de ahorros para la salud.
- IRA, acciones, bonos, seguro de vida Presente la documentación de su banco o sus declaraciones de impuestos federales más recientes.

5. Firme, coloque la fecha y presente la solicitud junto con las constancias de todos los ingresos y de todos los estados de la cuenta bancaria.

- Puede comunicarse con uno de nuestros asesores financieros al (402) 644-7366 o al (402) 844-8320 si tiene alguna pregunta.



Solicitud de asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

VENCE EL:

[] PREDETERMINACIÓN

Incluya con esta solicitud (si procede)

- Los recibos de sueldo de los últimos 3 meses o si es autónomo el estado de pérdidas y ganancias de los 3 últimos meses
- Una notificación de la carta de beneficios por desempleo, por discapacidad y/o el seguro social
- Una carta de notificación de la Compensación de los trabajadores, el informe de los beneficios o copias de los recibos de sueldo
- Una carta de notificación de ingresos militares o de un estado de cuenta bancaria si se depositan directamente
- Copia de los comprobantes de la pensión alimenticia o de un estado de cuenta bancaria si se deposita directamente
- Documentación de los Servicios de manutención infantil o un estado de cuenta bancaria si se depositan directamente
- Documentación de Servicios humanos y de salud de los cupones de alimentos recibidos
- La última Declaración del impuesto federal a la renta con toda la documentación probatoria
- La última Declaración del impuesto estatal a la renta con toda la documentación probatoria
- Los estados de cuentas bancarias de los últimos 3 meses de cuentas corrientes, de ahorros y de ahorros para la salud
- Toda la documentación de la cuenta individual para la jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), acciones, bonos, pólizas de seguro de vida

N.º 1 Parte responsable

Apellido	Nombre	Segundo nombre		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad		
Teléfono fijo	Teléfono celular			
Nombre del empleador	Años de empleo	Teléfono de trabajo		
[] Soltera/o	[] Casada/o	[] Separada/o	[] Divorciada/o	[] Viuda/o

N.º 2 Cónyuge

Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Domicilio (si es diferente de aquel del paciente)	Ciudad	Estado	Código postal
Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	
Teléfono fijo	Teléfono celular		
Nombre del empleador	Años de empleo	Teléfono de trabajo	

N.º 3 Dependientes

Número de dependientes legales _____ Edad de los dependientes legales _____

N.º 4 Información del seguro

¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud? [] Sí [] No

Nombre del asegurado n.	Nombre del seguro de salud	Número de póliza
-------------------------	----------------------------	------------------

Nombre del asegurado n.	Nombre del seguro de salud	Número de póliza
-------------------------	----------------------------	------------------

N.º 5 Ingreso bruto mensual familiar

	Parte responsable	Cónyuge
Empleo (ingresos brutos)	\$	\$
Autónomo *Tipo de negocio _____	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Rentas de alquiler de bienes inmuebles	\$	\$
Desempleo- Fecha de finalización _____	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Compensación de los trabajadores	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Ingresos militares	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$
Otros	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilice un papel adicional para incluir otros ingresos de los miembros de la familia no mencionados

N.º 6 Ahorros e inversiones

- No tengo cuenta corriente
 No tengo cuenta de ahorros
 No tengo una cuenta de ahorros para la salud

	Parte responsable	Cónyuge
Saldo de la cuenta corriente	\$	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$	\$
Saldo de la cuenta de ahorros para la salud	\$	\$
Jubilación	\$	\$
CD/IRA/403b/401k/anualidades/IRA	\$	\$
Acciones/bonos/intereses/seguro de vida/Tierras	\$	\$
Otros ahorros e inversiones * _____	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilice un papel adicional para incluir otros ahorros o inversiones de los miembros de la familia no mencionados

N.º 7 Otros activos

Tierras				\$	\$
	Acres	Propietario/modo de posesión		Saldo restante	Valor estimado
Bote				\$	\$
	Año	Marca	Modelo	Saldo restante	Valor contable
Casa rodante/vehículo recreativo				\$	\$
	Año	Marca	Modelo	Saldo restante	Valor contable
Motocicleta				\$	\$
	Año	Marca	Modelo	Saldo restante	Valor contable
Vehículo todo terreno				\$	\$
	Año	Marca	Modelo	Saldo restante	Valor contable
				\$	\$
TOTAL					TOTAL

N.º 8 Gastos mensuales (redondee al entero más cercano en dólares)

<p><u>Vivienda</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pago de la renta \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pago hipotecario \$ _____</p> <p>*Valor de la casa \$ _____</p> <p>Pago adicional de la hipoteca \$ _____</p> <p>*Saldo restante \$ _____</p> <p>Renta de lotes (casas rodantes) \$ _____</p> <p>Seguro para inquilinos \$ _____</p> <p>Seguro para propietarios (Si no se incluye en la hipoteca) \$ _____</p> <p>Impuesto sobre bienes inmuebles (Si no se incluye en la hipoteca) \$ _____</p>	<p><u>Servicios de la vivienda</u></p> <p>Electricidad \$ _____</p> <p>Agua \$ _____</p> <p>Gas \$ _____</p> <p>Recolección de basura \$ _____</p> <p>Teléfono (línea fija) \$ _____</p> <p>Teléfono (celular) \$ _____</p> <p>Cable e Internet \$ _____</p>
<p><u>Transporte/vehículos</u></p> <p>Pago del automóvil \$ _____</p> <p>*Saldo restante \$ _____</p> <p>Año _____ Marca _____ Modelo _____</p> <p>Pago del automóvil \$ _____</p> <p>*Saldo restante \$ _____</p> <p>Año _____ Marca _____ Modelo _____</p> <p>Pago del automóvil \$ _____</p> <p>*Saldo restante \$ _____</p> <p>Año _____ Marca _____ Modelo _____</p> <p>Seguro \$ _____</p> <p>Gasolina/diésel \$ _____</p>	<p><u>Médico</u></p> <p>Seguro de salud \$ _____</p> <p>Seguro de vida \$ _____</p> <p>Seguro odontológico \$ _____</p> <p>Medicamentos \$ _____</p> <p>Otros: _____ \$ _____</p> <p>*Saldo \$ _____</p> <p>Otros: _____ \$ _____</p> <p>*Saldo \$ _____</p> <p>Otros: _____ \$ _____</p> <p>*Saldo \$ _____</p> <p>Otros: _____ \$ _____</p> <p>*Saldo \$ _____</p>

N.º 8 Gastos mensuales (continuación)

Tarjetas de crédito

Nombre _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Nombre _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Nombre _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Nombre _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____

Otros gastos

Tipo _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Tipo _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Tipo _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____
Tipo _____	
Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____

Varios

Alimentos y productos de papel _____			
Ropa/zapatos _____	\$ _____	Cuidado infantil _____	\$ _____
Entretenimiento _____	\$ _____	Manutención infantil _____	\$ _____
Contribuciones benéficas _____	\$ _____	Pensión alimenticia pagada _____	\$ _____
Periódico _____	\$ _____	Cuidado del césped _____	\$ _____
		Remoción de la nieve _____	\$ _____

GASTO TOTAL (solo para uso administrativo) \$

X 12 = \$

N.º 9 Otros comentarios

N.º 10 Asignación de derechos

Entiendo que el comprobante de ingreso (consulte la Lista de verificación de asistencia financiera) es necesario para procesar mi solicitud. También entiendo que es posible que se solicite más información antes de que se determine mi elegibilidad.

Por este medio reconozco que la información que aparece en esta solicitud es verdadera y correcta. Si se proporciona algún dato que resulte ser falso o se oculta alguna información, entiendo que el hospital puede tomar cualquier medida que considere apropiada. Esta medida puede incluir el rechazo de esta solicitud hasta e inclusive el rechazo de todas las solicitudes futuras.

Acepto que reembolsaré la ayuda con la que fui recompensado si recibo algún tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud. Algunos ejemplos serían: pagos de seguros, pagos de programas del gobierno, arreglos judiciales o cualquier otra forma de pago recibida.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Faith Regional Health Services no otorgará asistencia financiera para los procedimientos que no se consideren médicamente necesarios, tales como: pruebas de fertilidad, tratamientos de fertilidad, procedimientos estéticos, etc.

Usted debe ser ciudadano estadounidense, ciudadano naturalizado de EE. UU. o ser residente legal de EE. UU. con el fin de calificar para cualquier tipo de ayuda financiera otorgada por Faith Regional Health Services.

Si no se completa y/o coopera con todos los demás programas de asistencia gubernamental y de FRHS; como MASH, Medicaid y/o la Reforma Sanitaria que comenzó el 01/01/14, usted será descalificado del programa de asistencia financiera otorgado por Faith Regional Health Services.

En el futuro, si su situación financiera mejora y desea recordar la ayuda que ha recibido, considere hacer una donación a Faith Regional Health Services Foundation.