



Póliza de asistencia financiera y atención de beneficencia

Fieles a nuestra misión de servicio con el espíritu del Evangelio como una presencia sanadora, compasiva y transformadora dentro de la comunidad, el Holy Cross Hospital, miembro del Trinity Health, está comprometido a proveer servicios de cuidado de salud a todos los pacientes basado en sus necesidades médicas.

A los pacientes que requieren asistencia financiera o que están experimentando una dificultad financiera temporal, el Holy Cross Hospital ofrece varias opciones de pago y asistencia, incluyendo cuidado con descuento o de beneficencia, planes de pago a corto y largo plazo, así como un portal de internet para pagos electrónicos.

Pacientes no asegurados

El Holy Cross Hospital ofrece descuentos a todos los pacientes no asegurados, los cuales reciben servicios médicos necesarios. Los montos de descuento para no asegurados se basan en los lineamientos del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés). Las facturas muestran al paciente los montos de descuento y el saldo que debe.

Algunos servicios, tales como procedimientos cosméticos, ayuda auditiva y cuidado de los ojos, que normalmente no están cubiertos por los seguros, se cobran aplicando las tarifas de los paquetes sin descuento adicional. Se espera que todos los pagos se hagan en el momento del servicio.

Planes de pago a corto plazo y largo plazo

Los pacientes que no pueden pagar, algunas o todas, sus responsabilidades financieras pueden calificar para planes de pago a corto plazo o a largo plazo. El plan de pago a corto plazo del Holy Cross Hospital está libre de intereses y se debe pagar en el período de un año. Planes de pago a largo plazo con intereses están disponibles para aquellos pacientes que no pueden pagar sus saldos dentro del período de un año.

Póliza de asistencia financiera / Atención de beneficencia

Un descuento del 100 por ciento para servicios médicos necesarios está disponible para pacientes que ganan el 200 por ciento o menos de lo que estipulan los **lineamientos del Nivel de Pobreza Federal**. Servicios electivos, tales como cirugía cosmética, no están incluidos en nuestro programa de beneficencia. Aquellos que ganan entre el 200 y el 400 por ciento de lo que estipulan los lineamientos del Nivel de Pobreza Federal pueden ser elegibles para un descuento parcial igual al porcentaje de descuento del Medicare. A los pacientes que califican para asistencia financiera no se les cobrará más del porcentaje de descuento del Medicare.



Los copagos y deducibles de los pacientes pueden ser elegibles para porcentajes de descuento si el paciente califica para asistencia financiera y gana menos del 200 por ciento de lo establecido en los lineamientos del Nivel de Pobreza Federal.

También hay disponibles descuentos para aquellos pacientes que están enfrentando costos catastróficos asociados con su cuidado médico. Los costos catastróficos ocurren cuando los gastos médicos del paciente por un episodio de cuidado exceden el 20% de sus ingresos. En estos casos los copagos y deducibles pueden ser incluidos en el descuento.

Los descuentos para cuidado de beneficencia pueden ser negados si los pacientes son elegibles para otras fuentes de financiamiento, tales como planes de Intercambio de Seguros de Salud o elegibilidad para Medicaid, y los rechazan o no están dispuestos a solicitar.

Para solicitar asistencia financiera, por favor complete y someta la solicitud (formulario) que puede encontrar en esta página de internet (<https://www.holy-cross.com/billing-insurance>). Una versión completa de la Póliza de Asistencia Financiera del Holy Cross Hospital también está disponible en esta página de internet.

Servicios financieros para pacientes

Los consejeros financieros están disponibles para trabajar con los pacientes y ayudarles a llenar la solicitud de asistencia financiera, con la finalidad de determinar qué asistencia está disponible. Este servicio incluye evaluar la elegibilidad para Medicaid y planes de Intercambio de Seguros Médicos.

Los pacientes pueden ponerse en contacto con un consejero financiero en el hospital en el cual se les ha dado el servicio, para que el consejero les ayude a determinar si califican para asistencia financiera. Los consejos financieros también pueden proveer copias gratuitas de la Póliza de Asistencia Financiera, la solicitud y un Resumen en un Lenguaje Simple. (El Departamento de Consejería Financiera está ubicado en el campus principal del Holy Cross Hospital, en el 4725 North Federal Highway, Fort Lauderdale, FL 33308. El número de teléfono es (954)267-7771. La Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud y el Resumen en Lenguaje Simple están traducidas al siguiente idioma: Español

El mercado de seguros de salud

La Ley de Cuidado Asequible (Affordable Care Act, ACA) requiere que toda persona que viva legalmente en los Estados Unidos tenga seguro de salud a partir del 1 de enero del 2014. También da a millones de individuos con muy poco cubrimiento o sin seguro, acceso a planes de salud que tienen diferentes niveles de costos. La ley también provee asistencia financiera a aquellos que califican con base en el tamaño de la familia y el ingreso.



A partir del 1 de octubre del 2013, usted puede comprar por internet un seguro en el Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace), también conocido como intercambio de seguros de salud (health insurance exchange), y en el cual puede encontrar todo lo que necesita para conseguir un plan que se ajuste a su presupuesto y necesidades de cobertura. El próximo período para enrolarse en este intercambio de seguros de salud es en noviembre del 2017.

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA ELEGIBILIDAD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre de Paciente

Número de Cuenta

Una copia completa de su planilla de impuestos o forma 1099 del año _____.

Nota: Si usted no declaró impuestos el año anterior, por favor contacte al IRS llamando al 1-800-829-1040 y consiga una carta de No-Declarante (Non-Filing) en el _____, o visite www.irs.gov/pub/irs-fill/f4506

Una copia de los extractos bancarios más recientes donde se reflejen todas las transacciones de los últimos (3) meses. Los documentos deberán ser en el formato del extracto bancario y deben incluir nombre, dirección y número de cuenta. Se requieren todas las páginas. Por favor incluya todas las cuentas corrientes y todas las cuentas de ahorros.

Copia de su desprendible de pago más reciente o una carta de su empleador donde se documente su salario. Si usted está desempleado, necesitamos que provea una copia de la carta donde se determinan los Beneficios de Compensación por Desempleo.

Carta (s) donde se determina pensión alimenticia de los hijos o manutención Marque uno Sí No

Carta donde se determinan los cupones de alimento Marque uno Sí No

Una carta del Seguro Social/Discapacidad/Pensión, donde se documente el monto de los beneficios de ingresos que usted recibe mensualmente en la actualidad (si aplica).

Formulario de Solicitud completa y firmada (adjunta)

Formulario de Certificación llenado, firmado y notariado (por un Notario Público)

*Nota: El Hospital Holy Cross dispone de un servicio de Notario.

Carta de Apoyo de su garante o persona (s) que lo respaldan, llenada, firmada y notariada.

Solicite/Aplique para el Medicaid. Provea la carta de aprobación o denegación.

Medicaid página web: www.myflorida.com/accessflorida o llame al: 866-762-2237

Copia válida de identificación – Licencia de Conducir, Pasaporte, Identificación del Trabajo. La fotografía debe ser clara y el documento de identificación no haber expirado.

Prueba de residencia en el Área de Servicio (contrato de arrendamiento, recibo de servicios, facturas de cobro). Ver el área matriz de servicio del Hospital Holy Cross.

Formulario de Declaración de Inexistencia de Estado Financiero Bancario, llenado, firmado y notariado.

Solicite un seguro a través del Mercado de la Ley de Seguros de Salud asequible en: www.healthcare.gov o llame al: 800-318-2596. Provea la carta de determinación.

Explicación de los extractos bancarios con depósitos en efectivo y retiros de sumas superiores a \$200.

Toda la información mencionada anteriormente se requiere para procesar su solicitud de Asistencia Financiera.

El período de solicitud comienza el día en que el cuidado es provisto y termina no más tarde de 240 días después de que se da al paciente la primera factura post-alta, o en cualquiera de estos casos:

- i. el final del período de tiempo que el paciente que es elegible para menos asistencia que la más generosa disponible, basado en el estatus de apoyo presuntivo, o en una determinación previa de elegibilidad a FAP, y quien ha solicitado asistencia financiera más generosa; o
- ii. la fecha límite provista en una notificación escrita después de la cual las acciones ECA pueden ser iniciadas

Asistencia Financiera/Coordinador de Beneficencia
954-267-7780

Fecha de envío de la Solicitud

DECLARACION DE ESTADO FINANCIERO

Sección 1: Información Demográfica

Apellido	Nombre	Segundo	Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento
# Teléfono de la casa		# Teléfono de contacto en caso de emergencia		# Otro teléfono
Dirección		Ciudad	Estado	Zona Postal

Sección 2: Información del Empleador

Nombre de su Empleador		# Teléfono de su Empleador		
Dirección		Ciudad	Estado	Zona Postal
Nombre del Empleador de su Cónyuge		# Teléfono del Empleador de su Cónyuge		
Dirección		Ciudad	Estado	Zona Postal

Sección 3: Información de Gastos & Ingresos

Ingreso Bruto de los últimos 12 meses	Paciente	Cónyuge
Ingreso Bruto	\$	\$
Otros Ingresos de la Familia	\$	\$
Intereses & Dividendos	\$	\$
Finca Raíz o Bienes Personales	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Asistencia Financiera del Estado	\$	\$
Otro Ingreso (especifique)	\$	\$
Manutención o Pagos para Alimentación de los Hijos	\$	\$
Ingreso Actual Mensual	\$	\$
Ingreso Total Combinado	\$	\$

Gastos	Mensual	Pago
Alquiler <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/>	Mensual	\$
Servicios	Mensual	\$
Comida	Mensual	\$
Otros Gastos	Mensual	\$
Total Gastos Mensuales		\$

Otras Consideraciones	Sí	No
Tamaño de la Familia: _____		
Cuidado de Niños/Niñera		
Padre/Madre soltero(a) cuidando a una persona mayor		
El costo para proveer los servicios excede el reembolso hecho por un tercero		
Servicios de Emergencia		

	Sí	No
Si ha fallecido el paciente, ¿hay propiedades?		
¿Su condición médica fue el resultado de un accidente o lesión?		
¿Ha contratado un abogado? (si la respuesta es sí, escriba el nombre y el teléfono)		

Al firmar este formulario estoy de acuerdo en permitir que el Hospital Holy Cross y/o el grupo médico del Holy Cross, compruebe mi empleo e historia de crédito con el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera o un descuento financiero. Yo entiendo que se me puede pedir que provea prueba de la información anotada en la solicitud. Yo certifico que la información escrita arriba es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Además yo entiendo que puedo solicitar cualquier asistencia que provea el Condado o los fondos federales, los cuales pueden estar disponibles para pagar mi visita al hospital, y que yo tomaré cualquier medida que sea razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda, con el fin de pagar al hospital la suma recobrada para cubrir los costos del hospital.

Yo entiendo que esta solicitud de ayuda caritativa se aplica únicamente a las fechas de servicio y los números de cuenta correspondientes de las que se hace referencia en esta solicitud al Hospital Holy Cross y al grupo médico del Holy Cross; y que yo puedo incurrir en gastos adicionales de otras entidades profesionales de las cuales yo seré responsable, incluyendo pero no limitado a: Anestesiólogos, Radiólogos y Patólogos. A menos que el paciente requiera un curso de tratamiento basado en un nuevo diagnóstico, se debe someter una nueva solicitud por cada fecha de servicio.

Firma del solicitante _____

Fecha de petición _____

Revisado por: _____

Fecha de Revisión: _____

CERTIFICACION DE INDIGENCIA PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente

Número de Cuenta

Yo, _____ certifico, bajo el peso de la ley, que los ingresos de mi familia durante los pasados doce (12) meses han sido \$_____, y que hay ____ personas en mi hogar /familia inmediata. Yo certifico que resido en la siguiente zona postal _____ y _____ (País).

Este ingreso puede ser verificado llamando al siguiente empleador(es):

Nombre de la Compañía

Teléfono

*Nota: Escriba 'Desempleado' si no está empleado

Adicional a esto, yo entiendo que en concordancia con el S.817.50, proveer información falsa para defraudar al hospital con el propósito de obtener bienes y servicios constituye un delito menor en segundo grado.

Al firmar este formulario, yo estoy de acuerdo en permitir que el Hospital Holy Cross verifique mi estado laboral e historia de crédito con el propósito de determinar mi elegibilidad para obtener asistencia financiera o descuento financiero.

Nombre en Letra Imprenta del Garante

Firma del Garante/Fecha

Nombre del Testigo en Letra Imprenta

Firma del Testigo/Fecha

Relación del Testigo con el Paciente

Estado de la Florida

Condado de Broward

El documento anterior fue presentado ante mí este _____ por _____, a quien conozco personalmente, o quien presentó como identificación _____, persona a la cual SE/NO SE le tomó juramento.

Notario Público

Fecha

DECLARACION DE INEXISTENCIA DE ESTADO FINANCIERO BANCARIO

Nombre del Paciente

Número de Cuenta

Yo _____ certifico que

Yo tengo ___ **Yo no tengo** ___ una cuenta de banco en ninguna parte de los Estados Unidos de América

Firma

Fecha

Estado de la Florida

Condado de Broward

El documento anterior fue presentado y firmado ante mí este día _____
por _____, a quien conozco personalmente, o quien presentó como
identificación _____, persona a la cual

SE / NO SE le tomó juramento.

Notario Público

Fecha

CARTA DE APOYO_____
Nombre del Paciente_____
Número de CuentaEsta carta es para certificar que yo _____,
Nombrequien soy _____ del paciente arriba mencionado
Relaciónhe provisto vivienda **gratuita** en _____durante los últimos _____ **años / meses.**

Marque la casilla de los gastos de manutención que usted provea:

Alquiler <input type="checkbox"/>	Pago Hipotecario <input type="checkbox"/>	Comida <input type="checkbox"/>	Vestuario <input type="checkbox"/>
Servicio <input type="checkbox"/>	Seguro del Auto <input type="checkbox"/>	Gasolina <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>
Dinero <input type="checkbox"/>			

Asistencia en Dinero en efectivo

Cúanto dinero se le entregó regularmente al paciente semanal o mensual \$ _____

Por cuánto tiempo se le entregó dinero al paciente _____

Firma del Garante_____
Fecha

Estado de la Florida

Condado de Broward

El documento anterior fue presentado y firmado ante mí este _____ por

_____, a quien conozco personalmente, o quien presentó como
identificación _____, persona a la cualSE / NO SE le tomó juramento._____
Notario Público_____
Fecha