

## Programa de **ASISTENCIA FINANCIERA** DEL HOLY CROSS HOSPITAL

El Holy Cross Hospital se compromete a ser el proveedor de servicios de atención médica más confiable en nuestra comunidad. Esto implica nuestro compromiso de proveer servicios accesibles a las personas que no disponen de los recursos personales para pagar por la atención necesaria o que no cumplen con los requisitos para los programas que proporcionarían cobertura para los servicios médicos (Medicaid, M-CHIP, MHIP y otros). El hospital también tiene responsabilidad con aquellos pacientes que cuentan con los medios para pagar de asegurar que los pacientes que cumplen con los requisitos para los programas públicos obtengan dicha cobertura y que aquellos pacientes que pueden pagar por sus servicios, de hecho, lo hagan.

En el caso que el individuo no reúna los requisitos para ningún programa público, Holy Cross Hospital cuenta con un programa de asistencia financiera que permitirá que cualquier paciente que cumpla con los requisitos obtenga los servicios hospitalarios necesarios. Todos los **residentes de Maryland** o *los pacientes que tengan una urgencia médica o que pone en riesgo la vida* pueden solicitar la asistencia financiera. **La elegibilidad se determina de manera individual, tomando en cuenta los ingresos y bienes adquiridos familiares.** Una vez otorgada, la elegibilidad se aplica a los servicios necesarios desde el punto de vista médico que no son cubiertos por otros programas y por un período de seis meses a menos que el paciente reúna los requisitos para la cobertura de los programas públicos durante este lapso de tiempo.

**SE APLICA A** los servicios al paciente necesarios desde el punto de vista médico proveídos en centros que son de propiedad y dirección exclusiva de Holy Cross Hospital.

**CUBRE** todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico proveídos y facturados por el hospital y los siguientes médicos que tienen su base en el hospital:

Capital Internal Medicine (Hospitalistas)	Maternal Fetal Associates
Community Neonatal Associates	Pathology Associates of Silver Spring
Diagnostic Medical Imaging Associates	Silver Spring Emergency Physicians
Holy Cross Anesthesiology Associates	Sunrise Medical Group (Intensivistas)

### **NO CUBRE**

- Servicios proveídos por médicos y otros proveedores de atención médica no enumerados anteriormente
- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico (procedimientos cosméticos, por elección propia del paciente o cirugías opcionales)
- Servicios a pacientes que reúnen los requisitos para programas de asistencia del condado, del estado, federales u otros

Las **SOLICITUDES ESPECIALES** y la asistencia financiera se aplican a la atención recibida en los centros de salud de Holy Cross Hospital, Atención Diurna para Adultos y para participantes actuales de los siguientes programas: Montgomery Cares, Maternity Partnership, Project Access o Care for Kids.

Para obtener mayor información, comuníquese con la Oficina de Asesoramiento Financiero al 301.754.7195.

**Para mayor información**, solicite la política de asistencia financiera de Holy Cross Hospital cuando se inscriba para ingresar al hospital o recibir servicios como paciente externo; llame al **301.754.7195** o visite: [http://www.holycrosshealth.org/patients\\_financial.htm](http://www.holycrosshealth.org/patients_financial.htm)

### **Por favor recuerde:**

- Llenar totalmente la solicitud y firmar en el casillero que aparece al final
- Adjuntar copias de las constancias correspondientes a cada uno de los montos de ingresos y bienes adquiridos enumerados.

La Asistencia Financiera sólo puede ser otorgada al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera **completada y firmada** junto con los siguientes requisitos de documentación (*se debe proporcionar copias solamente*):

Tenga presente que los niveles de ingreso indicados en la tabla que se encuentra debajo son el requisito inicial para una evaluación que consta de dos partes, la cual incluye ingreso y activos netos. Cualquier persona con un ingreso superior a \$75,000 no es elegible para obtener asistencia financiera programada. Las personas con activos netos superiores a \$10,000 o familias con activos netos superiores a \$25,000 no son elegibles para obtener asistencia financiera programada.

**Documentación solicitada:**

1. Identificación del paciente con fotografía
2. Prueba de residencia: Debe proveer uno de los siguientes como prueba de residencia en Maryland (a menos que el paciente se presente con una afección urgente o que pone en riesgo su vida):

- Licencia de conducir con dirección actual
- Tarjeta de identificación del estado de Maryland
- Tarjeta de registro como votante
- Comprobante de pago de salario reciente con nombre y dirección
- Comprobante de hipoteca o renta
- Comprobante de impuesto a la propiedad
- Factura de servicios con nombre completo y dirección
- Declaración de impuestos o formulario W2 actual

Tabla de Asistencia Financiera			
Núm. de miembros del hogar	Nivel de Asistencia Financiera Disponible		
	100%	60%	30%
1	\$21,780	\$27,225	\$32,670
2	\$29,420	\$36,775	\$44,130
3	\$37,060	\$46,325	\$55,590
4	\$44,700	\$55,875	\$67,050
5	\$52,340	\$65,425	\$75,000
6	\$59,980	\$75,000	\$75,000
7	\$67,620	\$75,000	\$75,000
8	\$75,000	\$75,000	\$75,000
9	\$75,000	\$75,000	\$75,000
10	\$75,000	\$75,000	\$75,000

Rev 02/04/2011

3. Por favor proporcione documentación como comprobante de cada ingreso o bienes para todas las fuentes de ingresos y bienes adquiridos enumerados en esta solicitud. La documentación aceptable es la siguiente:

**INGRESO**

- Comprobantes de pago de salario más recientes de el período de un mes
- Carta del empleador confirmando la suma del ingreso
- Carta de desempleo del estado
- Carta de asistencia en efectivo y / o cupones de alimentos del estado
- Carta de un tribunal consignando el ingreso
- W2 de la declaración de impuestos más reciente
- Declaración de impuestos más reciente
- Ingresos como trabajador independiente (Anexo C de los impuestos)
- Anexo E de impuestos
- Carta de otorgamiento de SSA/SSI
- Carta de respaldo consignando la asistencia al paciente
- Carta de pensión alimenticia y / o manutención de los hijos

**BIENES/ACTIVOS**

- Estado(s) de cuenta(s) bancaria(s) – cuenta de cheques y/o de ahorros
- Estado de hipoteca
- Estado de acciones
- Estado de bonos
- Estado de certificado(s) de depósitos (CD)
- Estado de cuenta de depósitos flexible (“money market”)
- Estado de beneficios de hipoteca inversa
- Vehículos – comprobante de propiedad

\*Si un familiar (cónyuge u otro) o alguna persona que no sea familiar le proporciona a usted un apoyo superior al 50 por ciento de los gastos del vivir diario, por favor proporcione la documentación antes mencionada acerca de la persona que proporciona dicho apoyo.

**Ingreso familiar** se define como el ingreso de todas las personas que viven juntas y generalmente compran y preparan juntas las comidas.

**¿Tiene preguntas acerca de la documentación?** Por favor póngase en contacto con nuestra Oficina de Asesoramiento Financiero al (301) 754-7195 o visítenos en [http://www.holycrosshealth.org/patients\\_financial.htm](http://www.holycrosshealth.org/patients_financial.htm)

# Solicitud para la Asistencia Financiera

Por favor complete este formulario en su totalidad y devuélvalo lo más pronto posible. **Si usted no tiene ingreso**, por favor brinde una explicación de cómo se pagan sus gastos del diario vivir (vivienda, alimentos, servicios y otros).

Para uso exclusivo del hospital

Núm. de Cuenta o Referencia \_\_\_\_\_

## Información sobre el Paciente:

Nombre \_\_\_\_\_  
Primero Segundo nombre Apellido

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a)

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Residente de Maryland:  Sí  No

Dirección de vivienda: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Dirección alternativa de correo \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

¿Para cuáles servicios médicos está solicitando asistencia financiera?

¿Ha solicitado Asistencia Publica?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione la fecha en la cual realizó la solicitud \_\_\_\_\_

En caso afirmativo ¿Cuál fue la decisión (elegible. no elegible. otra, discapacitado, etcétera)? \_\_\_\_\_

**Tenga presente:** Si usted solicitó Medicaid y no ha recibido una decisión final, comuníquese con su trabajador del caso de DHHS para determinar su elegibilidad. La solicitud de asistencia financiera se procesará una vez recibida la decisión final.

**Por favor marque cualquier programa del condado o del estado para el(los) cual(es) haya sido aprobado:**

- Montgomery Cares  Maternity Partnership  
 Project Access  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_  
 Care for Kids

¿Es usted paciente del Holy Cross Hospital Health Center?  Sí  No

¿Tiene otras facturas médicas del Holy Cross Hospital que aún no han sido pagadas?  Sí  No

¿Por cuáles servicios? \_\_\_\_\_

**Información sobre el Garante/Soporte:** Un garante es una persona que acepta la responsabilidad de pagar la deuda de otra persona.

Nombre \_\_\_\_\_  Cónyuge  Padre/madre  Otro  
Primero Segundo nombre Apellido

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a)

Fecha de nacimiento del garante: \_\_\_\_\_ Residente de Maryland:  Sí  No

Dirección de vivienda: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del lugar de empleo: \_\_\_\_\_

## Miembros de la Familia o Dependientes:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____	Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____

**I. Ingreso familiar:** Se define como el ingreso de todas las personas que viven juntas y generalmente compran y preparan juntas las comidas.

Proveer los montos mensuales provenientes de todas las fuentes de ingreso. Si un familiar o alguna persona que no sea familiar proporciona un apoyo superior al 50 por ciento de los gastos del vivir diario, por favor proporcione el ingreso mensual de la persona que proporciona el apoyo. Por favor proporcione una copia de la constancia correspondiente a cada uno de los montos de ingresos y activos enumerados.

<b>Monto mensual</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>	<b>Otro</b>
Empleo .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de jubilación o pensión.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de seguro social (SSA/SSI).....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de asistencia pública (estampillas para alimentos, HOC) .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios por incapacidad .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios por desempleo .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de menores .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingreso por alquiler de propiedades (¿Alguien le paga renta a usted?) .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trabajo independiente.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras fuentes de ingreso.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Total de ingresos mensuales:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Para uso exclusivo del hospital  
INGRESO TOTAL \_\_\_\_\_

Si usted ingresó alguna suma en la columna anterior correspondiente a "Otro", por favor indique la relación de la persona con el paciente: \_\_\_\_\_

**II. Bienes/Activos:**

	<b>Paciente</b>	<b>Saldo actual Cónyuge</b>	<b>Otro</b>
Cuenta de cheques .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuenta de ahorros .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Acciones, bonos, certificado(s) de depósitos o cuenta de depósitos flexible ("money market") .....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras cuentas.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Bienes / Activos totales:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Si usted ingresó algún monto en la columna anterior correspondiente a "Otro", por favor indique la relación de la persona con el paciente: \_\_\_\_\_

Saldo pendiente del préstamo hipotecario	\$ _____	Valor aproximado \$ _____
Saldo pendiente del préstamo para 2da casa u otra propiedad	\$ _____	Valor aproximado \$ _____
Vehículo Núm. 1 ..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____
Vehículo Núm. 2..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____
Vehículo Núm. 3..... Marca _____ Año _____		Valor aproximado \$ _____

Para uso exclusivo del hospital  
BIENES/ACTIVOS TOTALES \_\_\_\_\_

Por la presente certifico/certificamos bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es veraz, correcta y completa. Comprendo que ustedes conservarán esta solicitud en forma electrónica sea la misma aprobada o no y que no se concederá asistencia financiera si la información proporcionada, junto con las respectivas constancias, no es completa y precisa. Cualquier asistencia otorgada se rescindirá si la información proveeida en esta solicitud es imprecisa o no es verdadera. Ustedes están autorizados a certificar la información en cuanto al ingreso y los activos, así como también el historial laboral a través de una agencia pública de informes de crédito. Comprendo que soy responsable del pago de cualquier porcentaje remanente de mi saldo pendiente con el fin de que se haga vigente cualquier asistencia financiera otorgada por Holy Cross Hospital.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Cónyuge/Garante)