

Title: Financial Assistance Policy	
Department: Revenue Cycle	
Area: Hospital Wide	Effective Date: November 1, 2015
Pages: 10	Date Last Revised/Reviewed:
Approved by: System CFO	Reference Number: ADM.045.08
Original Date Approved: November 1, 2015	Inactive Date:

Política de ayuda financiera
(Financial Assistance Policy)

Propósito

La directriz del Hospital de Decatur Morgan es brindar los servicios de cuidado de la salud necesarios desde un punto de vista médico para pacientes que se encuentran en el área de servicio del hospital tal como lo define el Hospital de Decatur Morgan periódicamente. Con esta directriz, el Hospital de Decatur Morgan tiene la intención de establecer una política y procedimientos apropiados para su uso en circunstancias en las que, de conformidad con todas las leyes federales, estatales y locales, se ofrezca ayuda financiera a los pacientes del Hospital de Decatur Morgan que no tienen cobertura de seguro.

Definiciones

Para los fines de esta directriz / política, se aplican las siguientes definiciones:

- El Presidente de la Autoridad Sanitaria de la Ciudad de Huntsville nombra al "Comité de Caridad" y tiene la responsabilidad de supervisar la política de facturación y cobranza de pacientes que no tienen cobertura de seguro.
- "Por "cuidado de emergencia" se entenderá el cuidado o tratamiento para una condición de emergencia médica, según definición de la ley EMTALA.
- Por "EMTALA" se entenderá la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Sección 1395dd del Código 42 de los Estados Unidos).
- Por "cuidado necesario desde un punto de vista médico" se entenderá los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurador para afecciones físicas o mentales de conformidad con normas de cuidado de la salud reconocidas a nivel profesional y generalmente aceptadas cuando se brinden los servicios.
- Por "paciente" se entenderá un individuo que recibe cuidado en el Hospital de Decatur Morgan y la persona que es responsable del cuidado del paciente desde un punto de vista financiero.
- "Paciente sin cobertura de seguro" se define como una persona que no tiene cobertura de seguro o no es elegible para ningún programa del gobierno o privado que brinde cobertura para cualquiera de los servicios brindados y ya sea que:

Califique para cuidado de caridad como se define en el presente;

No califique para cuidado de caridad pero califique para un cierto descuento de sus cargos por servicios hospitalarios sobre la base de una evaluación sustantiva de su capacidad de pagar ("prueba de haberes", como por ejemplo ingresos totales, factura médica total, activos, pagos de hipoteca, servicios públicos, número de miembros de la familia, consideraciones por incapacidad, etc.); o

Tiene ciertos medios para pagar pero califica para un descuento sobre la base de esta política.

Política para cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico

Directrices de organización

1. Esta política se aplica a todo cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico brindado en la instalación de cuidado agudo para paciente hospitalizado o ambulatorio, lo que incluye salud conductual, y se aplica a todo el cuidado de este tipo brindado en las instalaciones del hospital por una entidad sustancialmente relacionada según lo definido en la Sección 1.501(r)-1(b)(28) de las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo el Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada. Esta política no se aplica a arreglos para pago para procedimientos electivos según definición del Hospital de Decatur Morgan o para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios.
2. La política del Hospital de Decatur Morgan es brindar cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico a pacientes sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar. Estando esto sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación, los pacientes que no tienen cobertura de seguro que no tienen los medios para pagar por servicios brindados en las instalaciones del Hospital de Decatur Morgan pueden solicitar que se les considere para recibir ayuda financiera según los términos de la política de ayuda financiera. Los criterios de elegibilidad para ayuda financiera y los procedimientos para recibir ayuda financiera presentados en esta política de ayuda financiera tienen como propósito el asegurar que tendremos los recursos financieros necesarios para cumplir con nuestro compromiso de brindar cuidado a los pacientes con la mayor necesidad financiera.
3. De conformidad con la ley EMTALA, el Hospital de Decatur Morgan brindará un examen médico apropiado a todo individuo, sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar, que solicite tratamiento para una posible afección médica de emergencia. Si, después de un examen médico apropiado, el personal del Hospital de Decatur Morgan determina que el individuo presenta una afección médica de emergencia, el Hospital de Decatur Morgan suministrará los servicios, en la medida de la capacidad de su instalación, necesarios para estabilizar la afección médica de emergencia del individuo, o realizará una transferencia apropiada, según lo define la ley EMTALA.

Principios

1. Todas las prácticas de facturación y cobranza reflejarán nuestro compromiso de tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
2. De conformidad con la misión y los valores del Hospital de Decatur Morgan, estas políticas reflejan nuestro compromiso de brindar ayuda financiera a pacientes que no pueden pagar por parte o todo el cuidado que reciben, a la vez que se tiene presente la capacidad del Hospital de Decatur Morgan de brindar el cuidado.
3. Cuando sea posible, el Hospital de Decatur Morgan ayudará a los pacientes a obtener cobertura médica de fuentes privadas o públicas, como por ejemplo Medicaid u AllKids.

Directrices

El Hospital de Decatur Morgan garantiza que:

1. Sus empleados y agentes se comportan de una manera que refleja las políticas y valores del Hospital de Decatur Morgan, lo que incluye tratar a los pacientes y a sus familiares con dignidad, respeto y compasión.
2. A los pacientes que no califican para cuidado de caridad pero necesitan ayuda financiera se les ofrece una ampliación apropiada de las condiciones de pago u otras opciones de pago que toman en consideración la condición financiera del paciente.

3. Se trata de cobrar los saldos pendientes de pago en las cuentas de los pacientes imparcial y coherentemente, de una manera que refleja los valores y compromisos de nuestro hospital en la comunidad a la que sirve.
4. Hay asesores financieros a la disposición de todos los pacientes.
5. Las políticas de ayuda financiera se aplican de manera coherente a todos los pacientes.
6. Se compara la ayuda financiera para los pacientes individuales con la responsabilidad más amplia del hospital de mantener sus puertas abiertas para todas las personas que puedan necesitar atención en la comunidad.
7. A los pacientes y familiares se les informará cuál es su responsabilidad financiera, sobre la base de su capacidad individual de pagar.

Medidas para dar amplia publicidad a la política de ayuda financiera del Hospital de Decatur Morgan en la comunidad

1. Se informa a los pacientes y a sus familias acerca de las políticas del hospital aplicables, inclusive el cuidado de caridad y la disponibilidad de ayuda financiera sobre la base de la necesidad económica en términos fáciles de comprender, así como en cualquier idioma usado comúnmente por los pacientes en la comunidad.
2. Se coloca información, inclusive un resumen de esta política en lenguaje sencillo, en las áreas de admisión y en todas las áreas de registro, inclusive la sala de emergencias, acerca de las políticas de ayuda financiera y cuidado de caridad.
3. A los pacientes se les ofrece una copia del resumen de esta política en lenguaje sencillo como parte del proceso de registro.
4. Los pacientes pueden llamar al Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes del Hospital de Decatur Morgan al (256) 973-4688 de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 4:30 p.m., para confidencialmente hacer preguntas acerca de la ayuda financiera después de que se les dé de alta y para solicitar que se les envíe por correo una copia de esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera (que se adjunta al presente como Anexo A) a la dirección de su hogar sin cargo alguno.
5. Esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera pueden encontrarse en línea accediendo al siguiente enlace:

decaturmorganhospital.net/services/financial-assistance
6. Los estados de cuenta contienen un aviso conspicuo por escrito que informa a los destinatarios que hay disponible ayuda financiera, y suministran el número de teléfono del Departamento de Servicios Financieros para los pacientes del Hospital de Decatur Morgan de manera que los destinatarios puedan hacer preguntas acerca de la ayuda financiera y dirige a los destinatarios a la dirección de Internet directa donde pueden encontrar esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud.

Descuento para los pacientes que no tienen cobertura de seguro

1. El Hospital de Decatur Morgan brindará cuidado necesario desde un punto de vista médico gratis por medio de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios (inclusive servicios en la sala de emergencias) a pacientes que no tienen cobertura de seguro con niveles de ingresos familiares equivalentes al 200% del nivel federal

de pobreza o menos. La política de cobranza del proveedor de servicios será de no cobrar a los pacientes por monto alguno.

2. El Hospital de Decatur Morgan basará la responsabilidad de los pacientes que no tienen cobertura de seguro con niveles de ingresos familiares de menos del **400%** del nivel federal de pobreza (1) descontando la factura del paciente que no tiene cobertura de seguro a lo que Medicare pagaría por los servicios a pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de clínicas médicas (Parte B), y descontar hasta un 50% de los cargos facturados todos los procedimientos o servicios para los que no existe un pago por Medicare, y (2) después de estos descuentos mencionados en (1), aplicar al saldo restante el descuento mencionado en el párrafo de Procedimiento de ayuda financiera (5) a continuación. Favor de también ver "Limitaciones de los montos facturados usualmente" más adelante.
3. Esta política no es aplicable a médicos, miembros de la familia inmediata de un médico (como se define en la Sección 417.351 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, en su forma enmendada) ni a ningún paciente que sea una fuente de derivación al Hospital de Decatur Morgan.
4. Esta política se aplica solamente a servicios como paciente hospitalizado, paciente ambulatorio o de sala de emergencias y no se aplica a honorarios profesionales, a menos que dichos honorarios sean por servicios brindados por un médico empleado por el Hospital de Decatur Morgan.
5. Cuando así se solicite, los pacientes que no tienen cobertura de seguro elegibles para los descuentos descritos en esta política deben llenar una solicitud para la participación en Medicaid o para la cobertura por otros programas gubernamentales de pago.
6. Un paciente que incurra en gastos médicos catastróficos se clasifica como indigente desde un punto de vista médico cuando el pago exija la venta de activos esenciales para la vida o cause una dificultad financiera excesiva al sistema de apoyo familiar. El Comité de Caridad determinará los descuentos para los pacientes indigentes desde un punto de vista médico caso por caso.
8. El Comité de Caridad considerará otros descuentos no cubiertos por esta política caso por caso.

Procedimiento de ayuda financiera

1. El personal del hospital entregará a los pacientes el resumen de la política de ayuda financiera en lenguaje sencillo y una solicitud para ayuda financiera del Hospital de Decatur Morgan, una vez que se haya identificado al paciente como un paciente que no tiene cobertura de seguro. El momento de la entrega de esta Política y de la Solicitud de ayuda financiera dependerá de si la identificación se hace cuando se prestan los servicios, durante el proceso de facturación o durante la cobranza. El paciente que no tiene cobertura de seguro debe llenar la solicitud de ayuda financiera y suministrar la información descrita en el párrafo (2) más adelante. Una vez que el paciente haya llenado la solicitud, el personal del hospital examinará la solicitud y la comparará con los criterios de elegibilidad. El paciente que no tiene cobertura de seguro suministrará al Hospital de Decatur Morgan documentación que respalde la información sobre su nivel de ingresos.
2. En la evaluación de la necesidad de ayuda financiera del paciente que no tiene cobertura de seguro, el personal del Hospital de Decatur Morgan puede examinar los formularios W-2 de retención fiscal del paciente que no tiene cobertura de seguro, la verificación escrita del salario suministrada por el empleador y la verificación por escrito de una agencia de beneficencia pública o de otra agencia gubernamental certificando el nivel de ingresos del paciente así como la verificación de cuentas bancarias y activos. Cuando así se solicite, un paciente que no tenga cobertura de seguro debe suministrar la documentación

razonablemente necesaria para verificar los ingresos del paciente que no tiene cobertura de seguro.

3. El personal del Hospital de Decatur Morgan usará la información sobre el nivel federal de pobreza disponible para el año civil de la solicitud para determinar la elegibilidad del paciente que no tiene cobertura de seguro para recibir ayuda financiera.
4. Si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad, el paciente debe firmar una declaración de certificación que verifique el nivel de ingresos familiar. El personal del Hospital de Decatur Morgan puede comunicarse con el patrón del paciente, de haberlo, para verificar el nivel de ingresos del paciente que no tiene cobertura de seguro o puede solicitar documentación de ingresos adicional.
5. El Hospital de Decatur Morgan calculará la responsabilidad financiera de un paciente que no tiene cobertura de seguro sobre la base de los ingresos familiares del paciente que no tiene cobertura de seguro usando el cuadro que se incluye a continuación y los párrafos 2 y 3 de la sección "Descuento para los pacientes que no tienen cobertura de seguro" anterior.

Paciente que no tiene cobertura de seguro (aseguranza) Directrices para la ayuda financiera	
Nivel de ingresos (del NFP)	Descuento
0 –200%	100% de la tarifa de Medicare
201% - 250%	50% de la tarifa de Medicare
251% - 300%	40% de la tarifa de Medicare
301% - 350%	25% de la tarifa de Medicare
351% - 400%	15% de la tarifa de Medicare

6. La ayuda financiera a pacientes que no tienen cobertura de seguro que se ofrece según los términos de esta política está sujeta a examen por el Director de Servicios Financieros para los Pacientes del Hospital de Decatur Morgan para garantizar el cumplimiento de esta política.

Limitación en los montos facturados usualmente

Sin perjuicio del cuadro anterior, cuando se otorga ayuda financiera que no cubre el 100% de los cargos por el servicio, los montos que se cobrarán a los pacientes elegibles para el cuidado con descuento no serán mayores de los montos usualmente facturados por el Hospital de Decatur Morgan a los pacientes amparados por el método de “pago prospectivo de Medicare” del Servicio de Rentas Internas, que es el monto que el Hospital de Decatur Morgan esperaría recibir de pacientes que tienen cobertura de seguro bajo Medicare.

Medidas bajo la política de cobranzas en caso de falta de pago

Las medidas que el Hospital de Decatur Morgan puede tomar en cuanto a la falta de pago por parte de un paciente que puede pagar por servicios, inclusive medidas de cobranza y reporte a agencias de crédito, se explican en la política de cobranza del Hospital de Decatur Morgan en vigor a partir del 1ro de enero del año 2005, la que puede encontrarse en huntsvillehospital.org.

Notificación de determinación de la elegibilidad

1. Se debe suministrar directrices claras en cuanto al tiempo requerido para el examen de la solicitud y para comunicar una decisión al paciente cuando se presente la solicitud. Se suministrará una respuesta rápida y una decisión por escrito, la que brindará una razón de la negativa, usualmente en un plazo de 30 días de cuando se haya recibido la solicitud llenada.

2. Se suspenderán las medidas de cobranza extraordinarias durante la consideración de una solicitud de cuidado de caridad llenada. Antes de su colocación con una agencia, se ingresará una nota en la cuenta del paciente relacionada con el cuidado de caridad para que se suspenda la actividad de cobranza. Si la cuenta se ha colocado con la agencia, se notificará a la agencia por teléfono para que suspenda los esfuerzos de cobranza hasta que se haya hecho una determinación. Si la determinación de cuidado de caridad permite la reducción de un porcentaje pero deja al paciente con un saldo que el paciente mismo debe pagar, se establecerán condiciones de pago sobre la base de los ingresos disponibles.

Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para ayuda financiera antes de medidas de cobranza extraordinarias.

Sin perjuicio de cualquier otra disposición de cualquier otra política del Hospital de Decatur Morgan pertinente a asuntos de facturación y cobranza, inclusive la política de cobranza a la que se hizo referencia anteriormente, el Hospital de Decatur Morgan no tomará medidas de cobranza extraordinarias antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un individuo que adeuda el monto de una factura del Hospital de Decatur Morgan es elegible para recibir ayuda financiera bajo los términos de esta política de ayuda financiera.

Como se usa en el presente documento, el término “medidas de cobranza extraordinarias” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas internas e incluye la venta de la deuda del paciente a otra parte (con excepciones limitadas); el reporte de información adversa a agencias de reporte de información del consumidor o agencias de crédito; la prórroga, denegación o exigir pago antes de brindar cuidado necesario desde un punto de vista médico sobre la base de la falta de pago previa; y acciones legales, como la imposición de un embargo sobre una propiedad, el embargo o confiscación de cuentas bancarias, acciones civiles, arresto, orden de arresto o embargo de sueldos.

De la manera que se usa en este documento, el término “esfuerzos razonables” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Para cumplir con esta obligación, el Hospital de Decatur Morgan:

- Garantizará que esta política se haya “difundido ampliamente” (en el sentido de las normas)
- Se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante por lo menos 120 días de la fecha del primer estado de cuenta por el cuidado después del alta
- Suministrará un aviso por escrito acerca de esta política (inclusive una copia del resumen en lenguaje sencillo, una declaración en cuanto a toda medida de cobranza extraordinaria que el hospital o un tercero autorizado tiene la intención de iniciar, y esfuerzos razonables de notificar al individuo verbalmente acerca de esta política) 30 días antes de iniciar cualquier medida de cobranza extraordinaria
- Aceptará solicitudes de ayuda financiera durante por lo menos 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta
- Notificará a individuos que presenten una solicitud incompleta durante el período de solicitud sobre cómo llenar la solicitud (y brindará información de contacto para la ayuda), y suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para estos individuos hasta que se haya determinado la elegibilidad
- Determinará si los individuos son elegibles cuando las solicitudes llenadas se presentan durante el período de solicitud de 240 días
-

Luego, si se presenta una solicitud llenada durante el período de solicitud de 240 días, el Hospital de Decatur Morgan, de manera oportuna:

- Suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para obtener el pago del cuidado
- Hará una determinación en cuanto a la elegibilidad y notificará al individuo por escrito acerca de esta determinación (inclusive la ayuda para la que el individuo es elegible)
- Suministrará un estado de cuenta que indicará el monto adeudado y cómo se determinó este monto, en caso de que el individuo no sea elegible para el cuidado gratis

Directrices de organización

- Reembolsará los montos pagados que excedan el monto exigido por esta política
- Revertirá toda medida de cobranza extraordinaria (por ejemplo, retirará la información adversa del reporte de crédito)

El Hospital de Decatur Morgan garantiza que las agencias de cobranza que brindan servicios en nombre del Hospital de Decatur Morgan están enteradas de esta política de ayuda financiera y se ciñen a los requerimientos contenidos en el presente documento y en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada, con la firma de un Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza. Se adjunta al presente documento una copia de dicho Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza como Anexo B.

Lista de proveedores

En el Anexo C adjunto a este documento se encuentra una lista de proveedores, que no son el Hospital de Decatur Morgan, que brindan cuidado de emergencia y otro cuidado necesario desde un punto de vista médico en las instalaciones del Hospital de Decatur Morgan, la que especifica qué proveedores están cubiertos por esta política de ayuda financiera y qué proveedores no lo están.

Esta política de ayuda financiera también está disponible en inglés.

ANEXO A**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

Nombre del paciente: Apellido _____ 1er nombre _____ Inicial del 2do nombre _____

Número(s) de cuenta: _____

Fecha(s) de admisión: _____ Razón: _____

Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre _____ Mujer _____

Estado civil: (*encierra una en un círculo*) casado en unión consensual soltero viudo divorciado separado ¿Por cuánto tiempo? _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Núm. de Seguro Social del cónyuge _____

Núm. del hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ del paciente

Dirección actual _____
(Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

Condado: _____ ¿Hace cuánto tiempo vive en su dirección actual? _____

Nombre y núm. de teléfono de un pariente que no viva en su hogar: _____

Empleador del paciente: _____ Fecha de contratación: M/D/A _____

Si está desempleado – última fecha en la que trabajó: _____ M/D/A - ¿Razón? _____

Empleador del cónyuge: _____ Fecha de contratación: M/D/A _____

Si está desempleado – última fecha en la que trabajó: _____ M/D/A - ¿Razón? _____

Indique **TODAS** las cuentas bancarias (incluya el nombre y el núm. de cuenta):

Cuenta del paciente: _____ cheques _____ ahorros _____ otra _____

Cuenta del cónyuge: _____ cheques _____ ahorros _____ otra _____

Cuenta(s) de los niños menores de edad _____ cheques _____ ahorros _____ otra _____

Propiedades: Casa _____ Terreno _____ Auto (año y marca) _____

¿Está Alquilando ___ Comprando ___ Propietario ___ Viviendo con / y/o mantenido por alguien? ___ ¿quién? _____

Número de personas que viven en su hogar _____ ¿Qué relación tienen con usted? _____

Indique las edades de sus hijos menores de edad que todavía viven en el hogar: _____

¿Fue esto un accidente? _____ Naturaleza del accidente: _____ Fecha y lugar del accidente _____

Si estuvo involucrado indique:

Inf. sobre la póliza que paga los gastos médicos _____ Inf. sobre la póliza de seguro por responsabilidad civil _____

¿Ha alguna vez solicitado beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) / Subsidio del Seguro Social por Incapacidad? _____

¿Está el caso todavía abierto y hay una decisión pendiente? _____

¿Tiene a un abogado trabajando en su caso? _____ Nombre del abogado: _____

INGRESOS MENSUALES

Salarios brutos / empleo (paciente) _____

Salarios netos después del pago de impuestos (paciente) _____

Salarios brutos /empleo (cónyuge) _____

Salarios netos después del pago de impuestos (cónyuge) _____

Salarios / sueldos brutos (padres) _____

Salarios netos después del pago de impuestos (padres) _____
(Si el paciente es un menor, favor de indicar los ingresos de ambos padres)

Pago de pensión de alimentos/del cónyuge _____

Monto del cheque del Seguro Social (paciente) _____

Costo de guardería / cuidado de menores _____

Monto del cheque del Seguro Social (cónyuge) _____

Educación / préstamos universitarios _____

Monto del cheque del Seguro Social (menor) _____

Indique todas las primas de seguro que paga:

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (indique el monto y quién los está recibiendo) _____

Indemnización diaria / hospitalaria _____

Ingresos de la Fuerzas Armadas, Reservas Militares, Administración de Veteranos _____
Inquilino _____

Seguro inmobiliario / seguro del

Seguro de ingresos por discapacidad a corto/largo plazo _____

Seguro de salud: _____ Seguro de estudiante: _____

Pensión alimenticia de menores / cónyuge que recibe _____

Seguro de vida / funerario: _____ Seguro de cáncer: _____

Monto del cheque por desempleo _____
(Pagos mensuales)

Gastos médicos y de médico _____

Monto del cheque por jubilación _____

Compensación por accidentes de trabajo _____

Costos de medicamentos de venta con receta _____
(De su propio bolsillo)

Ingresos de alquiler recibidos _____

Ayuda a familias con niños dependientes (AFDC)/Ayuda a familias _____ Nombre de la tarjeta de crédito: _____ pago _____

Estampillas de alimentos recibidas _____

Nombre de la tarjeta de crédito _____ pago _____

Ayuda recibida de una iglesia _____

Nombre del préstamo bancario: _____ pago _____

Otros ingresos/\$ recibidos _____

Otros gastos: _____ pago _____

Declaración del solicitante: Por el presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender y que ninguna información pertinente se ha ocultado u omitido de esta solicitud. Por el presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender y que ninguna información pertinente se ha ocultado u omitido de esta solicitud. Estoy dando al Huntsville Hospital permiso para acceder a mi expediente de crédito y para suministrar mi información financiera a aquellas compañías a las que el Huntsville Hospital ha contratado para programas financieros o de recuperación de producto para los que yo pueda calificar. Si hay alguna persona con la que usted quisiera permitirnos hablar en relación con el completar el proceso de la solicitud de ayuda financiera, por favor indique el nombre a continuación como persona designada en el espacio provisto.

Persona designada: _____ Iniciales del paciente para la aprobación _____

FIRMA del paciente (o representante de la familia) _____ Fecha _____

FIRMA DEL CÓNYUGE _____ Fecha _____

Representante de Medassist: _____ Asesor financiero: _____

ANEXO B

APÉNDICE AL ACUERDO DE SERVICIOS DE AGENCIA DE COBRANZA

Apéndice al acuerdo de servicios de agencia de cobranza

_____ [el Hospital] y _____ [la Agencia de Cobranza], para mutua consideración reconocida por el presente, acuerdan, a partir de éste el _____ día de _____, enmendar el acuerdo actual de servicios de cobranza entre las partes de manera que incluya lo siguiente:

1. El [Hospital] ha adoptado una nueva política (la “política”) con el propósito de garantizar prácticas de facturación y cobranza socialmente justas para los pacientes [del Hospital] que no tienen cobertura de seguro.
2. Se ha suministrado una copia de la política a [la agencia de cobranza].
3. Estando esto sujeto al Párrafo 4 de este Apéndice, [la agencia de cobranza] se compromete a regirse por esta política en sus actividades relacionadas con la cobranza que tienen que ver con pacientes del [hospital] que no tienen cobertura de seguro. Dichas actividades incluyen pero no se limitan a las siguientes:
 - a. Todas las comunicaciones con cualquier paciente del [hospital] que no tenga cobertura de seguro o con personas con responsabilidad financiera a la que se haya remitido a [la agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital]; y
 - b. Todos los procedimientos judiciales, de cualquier tipo o naturaleza, contra un pacientes del [hospital] que no tenga cobertura de seguro o una persona con responsabilidad financiera a la que se haya remitido a [la agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital].
4. [La agencia de cobranza] se compromete a no apartarse de las normas y requerimientos establecidos en la política sin el consentimiento previo del [hospital] por escrito.
5. [La agencia de cobranza] se compromete a adherirse a las normas establecidas en la Sección 501(r).

ANEXO C

LISTA DE PROVEEDORES DE SERVICIOS

Decatur Morgan Gastroenterology
Decatur Morgan Infectious Disease
Decatur Morgan Neurology
Women's Healthcare of Decatur
Urogynecology Center of North Alabama
Growing Together Pediatrics
Milestone Pediatrics
Decatur Morgan Primary Care
Hartselle Med-Peds
Hartselle Family Practice
Valley Family Medicine
Decatur Morgan Hospitalist

La lista de proveedores anterior se actualizó el 1ro de noviembre de 2015.