

Resumen en lenguaje sencillo

Sarah Bush Lincoln (SBL) ofrece varios programas de asistencia financiera para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a cubrir las facturas de servicios médicamente necesarios. Ofrecemos atención médica de emergencia a todos. Todos los pacientes que reciban servicios médicamente necesarios pueden solicitar asistencia financiera. Se cubrirá total o parcialmente el costo de la atención de los pacientes elegibles. Se cubrirá cualquier saldo excedente de la responsabilidad financiera más baja calculada en nuestros diversos programas. A los pacientes elegibles no se les cobrará más por los servicios de emergencia y otra atención médicamente necesaria que los importes habitualmente facturados a las personas que tienen seguro que cubra dicha atención.

Programas de asistencia financiera

Es necesario presentar una solicitud de asistencia financiera de SBL completamente contestada y comprobantes de ingresos para solicitar apoyo de los siguientes programas:

1. Prueba de ingreso familiar

La obligación financiera se calcula como el 15% del ingreso familiar excedente del 100% de los lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) por un período de cuatro años. Todos los cargos excedentes de este importe se cubren como un descuento de caridad. Debe agotar todos los beneficios de su seguro para ser elegible.

2. Prueba de descuento:

Los ingresos familiares y la cantidad de miembros de la familia se comparan con los FPG para determinar la responsabilidad financiera usando una escala variable de precios. Los ingresos familiares inferiores al 190% de los FPG son elegibles para un descuento de caridad del 100%. Debe agotar todos los beneficios de su seguro para ser elegible.

3. Prueba de descuento para pacientes de Illinois sin seguro/Ajuste al costo

Este programa solamente está disponible para los residentes de Illinois que no tengan seguro. Se requiere un comprobante de residencia. Los ingresos familiares menores al 190% de los FPG son elegibles para un descuento de caridad del 100%. Los ingresos familiares entre el 190% y el 400% de los FPG son elegibles para un descuento igual al factor de descuento para personas sin seguro de Illinois determinado con el informe de costos de Medicare.

Caridad presunta

No se requiere una solicitud de asistencia financiera. Se aplica un descuento de caridad del 100% cuando no hay beneficios de seguro y el paciente satisface una de las categorías establecidas de presunta necesidad financiera.

Cómo obtener un formulario de solicitud

Puede recibir la política de asistencia financiera de SBL y el formulario de solicitud sin costo alguno.

- Consulte el reverso de esta solicitud
- Disponible en:
 - el módulo de recepción del vestíbulo del hospital SBL
 - la oficina de Servicios Financieros para Pacientes de SBL
 - el módulo de recepción principal de cualquier clínica propiedad del hospital SBL
- Para que se le envíe un formulario de solicitud por correo, llame o escriba a:
 - **800-381-0040** (Servicios Financieros para Pacientes de SBL)
 - Sarah Bush Lincoln
PO Box 372
Mattoon, Illinois 61938
- Descargue el formulario del sitio de internet de SBL: www.sarahbush.org

Asistencia

Los representantes de Servicios Financieros para Pacientes están disponibles para ayudarle a llenar la solicitud:

- De lunes a viernes
De 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
- Oficina de asesoría financiera
1000 Health Center Drive, Mattoon
Situada en la entrada A del hospital

Este resumen, la política de asistencia financiera y el formulario de solicitud están disponibles en español en los lugares señalados anteriormente.

Las quejas o inquietudes referentes al proceso de solicitud de descuento para pacientes no asegurados o al proceso de asistencia financiera del hospital pueden dirigirse a la Oficina de Servicios de Salud de la Fiscalía General de Illinois al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-364-3013).

El sitio de internet de la Oficina de Servicios de Salud se encuentra en www.illinoisattorneygeneral.gov.

¿Tiene preguntas sobre la facturación o necesita más asistencia?

Servicios Financieros para Pacientes de SBL

teléfono • **800-381-0040**

fax • **217-258-2216**

correo electrónico • sblbillingquestions@sblhs.org

De lunes a viernes

De 8 a.m. a 4:30 p.m.



www.sarahbush.org

Sarah Bush Lincoln

Programa de Asistencia Financiera



Mejorado para servir mejor a la gente con más necesidades financieras

**Sarah Bush
Lincoln**
Trusted Compassionate Care

Programa de Asistencia Financiera de SBL

Quizá pueda recibir servicios de salud gratuitos o con descuento.

Al llenar esta solicitud ayudará a Sarah Bush Lincoln a determinar si puede recibir servicios de salud gratuitos o con descuento, o si otros programas públicos pueden ayudar a pagar sus servicios de salud.

Si no tiene seguro, no necesita un número de seguro social para recibir servicios de salud gratuitos o con descuento. Sin embargo, necesita un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No tiene que proporcionar un número de seguro social, pero hacerlo nos ayudará a determinar si es elegible para algún programa público.

Al llenar esta solicitud, el paciente declara que ha hecho un esfuerzo sincero para proporcionar toda la información solicitada para ayudar a Sarah Bush Lincoln a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

SBL colabora con miembros de la comunidad para ayudar a simplificar los aspectos comerciales de su relación. Por ejemplo, ayuda a los pacientes a obtener el pago de terceros, como Medicaid y Medicare, al contestar las preguntas de los pacientes y ayudarles con sus solicitudes. Ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen las condiciones financieras, después de que entreguen los documentos necesarios. También anima a los pacientes a solicitar asistencia financiera cuando no pueden cubrir los saldos de sus cuentas después de que se reciben los pagos de los terceros pagadores (como Medicaid, Medicare y otras compañías de seguros).

SBL debe recibir este formulario en un plazo de 240 días de la fecha en que se envíe por correo el primer estado de cuenta de facturación al paciente.

SOLICITUD

Asistencia financiera de SBL

Si tiene alguna pregunta, llame al **800-381-0040**.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

N.º de Seguro Social _____
No es necesario si no tiene seguro.

N.º de teléfono _____

Opcional

Proporcionar esta información no tendrá efecto alguno sobre el resultado de su solicitud.

Raza _____

Grupo étnico _____

Sexo _____

Idioma de preferencia _____

Miembros de la familia o el hogar

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Información laboral

Nombre del empleador del paciente _____

Dirección del empleador del paciente _____

Nombre del empleador del cónyuge, la pareja o el garante _____

Dirección del empleador del cónyuge, la pareja o el garante _____

Información del seguro

Nombre del seguro de salud _____

- Medicaid
- Medicare
- Nombre del suplemento de Medicare _____

DOCUMENTACIÓN

Se le seguirán enviando las facturas médicas de SBL hasta que entregue una solicitud contestada. Antes de que pueda procesarse la solicitud, debe entregar copias de los documentos de sustento.

Para solicitar el descuento para pacientes hospitalarios no asegurados de Illinois, **debe presentar un comprobante de residencia y uno de los siguientes documentos comprobantes de ingresos:**

- Declaración de impuestos reciente
- W-2 o 1099
- Los dos recibos de nómina más recientes
- Verificación por escrito del empleador
- Otra forma razonable de comprobar sus ingresos

Debe entregar copias de los siguientes formularios con su solicitud (si corresponde) para solicitar todos los demás programas de asistencia financiera:

- Estados de cuenta bancarios más recientes
- Formularios tributarios más recientes. Quienes trabajan por cuenta propia necesitan los últimos dos años de formularios tributarios.
- Recibos de nómina más recientes de todos sus empleos.
- Talón del cheque de desempleo que indique la fecha de inicio y el importe.
- Decreto de divorcio que establezca la manutención para hijos pagada o la pensión conyugal y manutención para hijos recibida.
- Cartas de programas públicos (Seguro Social, Veteranos, asistencia pública) que indiquen el importe recibido.
- Comprobantes de todos sus demás ingresos
- Carta de aprobación o denegación de asistencia pública, si procede - personas embarazadas, hijos dependientes, discapacitados, ciegos, mayores de 65 años

Sarah Bush Lincoln hará una determinación con base en una revisión parcial o total de la siguiente información:

- Comprobantes de ingresos familiares
- Información de cuentas de cheques y ahorros
- Inversiones - certificados de depósito, acciones, bonos, cuentas de jubilación
- Bienes raíces - vivienda propia, alquiler de inmueble
- Vehículos - botes, vehículos recreativos y vehículos de doble tracción
- Otros bienes significativos

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Solicitaré toda la asistencia estatal, federal o local para la que sea elegible a fin de ayudar a pagar esta factura de hospital.

Entiendo que la información provista puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la precisión de la información provista en esta solicitud.

Entiendo que si proporciono información falsa deliberadamente en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, toda la asistencia financiera que se me conceda puede ser revertida, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del solicitante

Fecha de la firma

Por favor llene este formulario y todos los documentos adicionales.

Entregar en persona –

Oficina de Asesoría Financiera
1000 Health Center Drive, Mattoon
Situada en la entrada A del hospital

Enviar por correo a –

Sarah Bush Lincoln Patient Financial Services
1000 Health Center Drive
PO Box 372
Mattoon, IL 61938