

Ayuda Financiera

Resumen en lenguaje sencillo

Sarah Bush Lincoln (SBL) ofrece distintos programas de ayuda financiera para ayudar a las personas sin seguro y los pacientes que tienen un seguro insuficiente con las facturas por los servicios médicamente necesarios. Proporcionamos atención médica de emergencia a todos. Limitamos los servicios médicamente necesarios no emergentes a las personas sin seguro y con seguro insuficiente que viven en los siguientes 11 condados: Clark, Clay, Coles, Cumberland, Douglas, Edgar, Effingham, Fayette, Jasper, Moultrie y Shelby. Todos los pacientes que reciben servicios médicamente necesarios pueden solicitar ayuda financiera. A los pacientes que cumplan los requisitos se les cubrirá todo o parte de su atención. Se cubrirá cualquier saldo en exceso de la responsabilidad financiera menor calculada de acuerdo con varios programas. Los pacientes que cumplen los requisitos no se les cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que la cantidad que por lo general se le factura a las personas que tienen seguros que cubren dichas atenciones.

Programas de ayuda financiera: se exige una solicitud de ayuda financiera llena y documentos que prueben los ingresos para solicitar los siguientes programas:

1. Prueba de ingreso familiar: La obligación financiera se calcula como el 15% del ingreso familiar que supera el 130% de las pautas federales de pobreza (FPG, Federal Poverty Guidelines) durante un período de cuatro años. Todos los cargos que excedan esta cantidad están cubiertos como un descuento de beneficencia. Todos los beneficios de seguro deben estar agotados para cumplir los requisitos.

2. Prueba de descuento: El ingreso familiar y el tamaño de la familia se comparan con las FPG para determinar la responsabilidad financiera de acuerdo con una escala de tarifas móviles. Un ingreso familiar por debajo del 130% del FPG cumple los requisitos para un descuento de beneficencia del 100%. Por cada incremento del ingreso, hasta el 400% del FPG, el descuento disminuye en un 10%. Todos los beneficios del seguro deben estar agotados para cumplir los requisitos.

3. Descuento para pacientes sin seguro de IL, ajustado a la prueba de costo: Este programa está disponible solo para los residentes sin seguro de Illinois. Se exige un comprobante de residencia. Un ingreso familiar por debajo del 130% del FPG cumple los requisitos para un descuento de beneficencia del 100%. El ingreso familiar entre el 130% y el 400% del FPG cumple los requisitos para un descuento equivalente al factor de descuento para personas sin seguro de Illinois (Illinois Uninsured Discount Factor) determinado con el informe de costo de Medicare.

Beneficencia presunta: No se exige una solicitud de ayuda financiera. Se aplica un descuento de beneficencia del 100% cuando no hay beneficios del seguro y el paciente satisface una de las categorías de la presunta necesidad financiera.

Cómo obtener un formulario de solicitud: Puede obtener la Política de ayuda financiera de SBL y el formulario de solicitud de forma gratuita.

- Están disponibles en el mostrador principal de registro o en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes y en el mostrador principal de registro de cualquier clínica de propiedad del hospital.
- Llame a Servicios Financieros para Pacientes de SBL al 800-381-0040 para recibirlos por correo.
- Escriba a Sarah Bush Lincoln, P.O. Box 372, Mattoon, Illinois 61938 para recibirlos por correo.
- Descárguelos del sitio web de SBL: www.sarahbush.org

Proceso de solicitud: Envíe por correo las solicitudes llenas (con toda la documentación e información especificada en las instrucciones de la solicitud) a SBL Patient Financial Services, P.O. Box 372, Mattoon, Illinois 61938.

Los representantes de Servicios Financieros para Pacientes están disponibles para ayudarlo a llenar la solicitud de lunes a viernes, de 8:30 am a 4:30 pm en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes en el edificio principal del hospital. Este resumen, la Política de ayuda financiera y el formulario de solicitud están disponibles en español en los lugares mencionados anteriormente.

Para solicitar el descuento para personas sin seguro de Illinois, se exige un comprobante de residencia y uno de los siguientes documentos que prueben los ingresos: declaración de impuestos reciente, formulario W-2 o 1099, los dos más recientes comprobantes de pago; verificación por escrito del empleador u otra forma razonable de verificación de ingresos.

Se deben presentar copias de los siguientes formularios junto con su solicitud (si corresponde) para solicitar otros programas de asistencia financiera:

- Los formularios de impuestos más recientes. Los dos últimos años para los que son trabajadores por cuenta propia.
- La mayor talón de cheque reciente (s) de todos los puestos de trabajo.
- Talón de cheque de desempleo que indique la fecha de inicio y el monto.
- Sentencia de divorcio que establezca la manutención infantil pagada o la pensión alimenticia y manutención infantil recibida.
- Carta de los programas públicos (Seguro Social, Veteranos, Asistencia Pública) indicando el monto recibido.
- Verificación de todos los otros ingresos.
- Carta de aprobación o denegación de Asistencia Pública, si corresponde, por embarazo, hijos dependientes, discapacidad, ceguera, edad mayor a 65 años.

Se seguirán enviando las facturas hasta que se devuelva una solicitud completada. Para que se pueda procesar la solicitud, se deben presentar copias de los formularios de respaldo junto con ella o enviarlos por correo a:

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

 Sarah Bush
Lincoln
Trusted Compassionate Care



**Programa de Ayuda
Financiera**

**Mejorado para servir mejor
a las personas con
mayores necesidades financieras.**

Sarah Bush Lincoln Programa de Ayuda Financiera

Importante:
ES POSIBLE QUE USTED PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO:

El hecho de completar esta solicitud ayudará a que Sarah Bush Lincoln determine si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento o tener acceso a otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud a Sarah Bush Lincoln/Departamento de servicios financieros del paciente.

SI USTED NO TIENE SEGURO, NO SE NECESARIO UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, es necesario un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluso Medicaid. No es necesario proporcionar un número de Seguro Social, pero este ayudará a que el hospital determine si usted califica para alguno de los programas públicos.

Llene este formulario y envíelo al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes de Sarah Bush Lincoln, en persona o por correo para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de 240 días después de la fecha en que se envía el primer estado de cuenta al paciente.

El paciente reconoce haber hecho un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar a que Sarah Bush Lincoln determine si el paciente es elegible para recibir ayuda financiera.

Trabajaremos con miembros de la comunidad para ayudar a simplificar el aspecto comercial de nuestra relación. Por ejemplo, ayudaremos a los pacientes a obtener el pago de terceros, como Medicaid y Medicare, respondiendo a sus preguntas y ayudándolos a completar las solicitudes. Ofrecemos ayuda financiera para las personas que cumplan con los términos financieros, una vez que hayan enviado la documentación necesaria, e invitamos a los pacientes a solicitar ayuda financiera cuando no puedan cubrir los saldos de su cuenta después de que hayamos recibido los pagos de terceros pagadores (como Medicaid, Medicare y compañías de seguros).

Si tiene cualquier pregunta acerca del Programa de Ayuda Financiera SBL, por favor llame a Servicios Financieros del Paciente entre las 8 a.m. y 4:30 p.m., de lunes a viernes, al **(800) 381-0040**.

Los formularios para la ayuda financiera se pueden descargar del sitio Web www.sarahbush.org.

Solicitud para ayuda financiera SBL

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame al 800-381-0040.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Número de Seguro Social # _____

(no es necesario si usted no tiene seguro)

Número de teléfono o de celular _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Cónyuge, pareja y padre o tutor de un menor, debe completar lo siguiente:

Nombre del garante _____

Domicilio del garante _____

Número de teléfono del garante _____

INFORMACIÓN FAMILIAR / DEL HOGAR

Nombres de los dependientes:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS FAMILIARES DEL PACIENTE

Nombre del empleador del paciente _____

Domicilio del empleador del paciente _____

Teléfono del empleador del paciente _____

Nombre del empleador del garante / cónyuge / pareja _____

Domicilio del empleador del garante / cónyuge / pareja _____

Teléfono del empleador del garante / cónyuge / pareja _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Paciente Garante Cónyuge Pareja

Nombre del seguro médico _____

Medicare

Nombre del suplemento de Medicare _____

Medicaid

INGRESOS ANUALES:

Salarios del paciente \$ _____ .00

Salarios del garante / cónyuge / pareja \$ _____ .00

Ingresos agrícolas o de trabajo por cuenta propia \$ _____ .00

Asistencia temporal para familias necesitan \$ _____ .00

Seguro Social / Discapacidad \$ _____ .00

Beneficios por desempleo / Compensación para el trabajador \$ _____ .00

Pensión alimenticia/manutención de los hijos / otra pensión para el cónyuge \$ _____ .00

Jubilación / Pensión vitalicia \$ _____ .00

Pensión de Veterano \$ _____ .00

Discapacidad del Veteren \$ _____ .00

Otros ingresos \$ _____ .00

Ingreso bruto total de todas las fuentes para los últimos 12 meses \$ _____ .00

CERTIFICACIÓN

Certifico que, a mi mejor saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la cual pudiera ser elegible, con el fin de ayudar a pagar esta cuenta del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si intencionadamente proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que me haya sido concedida puede ser revocada y seré responsable del pago de la cuenta del hospital.

Firma del solicitante

Firma

Fecha

Por favor vea al reverso para obtener información adicional.

La misión de Sarah Bush Lincoln es proporcionar una atención excepcional para todos y crear comunidades saludables.