



### Salem Health y Salem Health West Valley

## Solicitud y política de administración (resumida) para la asistencia financiera/atención de beneficencia Financial Assistance Administrative (Condensed) Policy and Application

Salem Health se compromete a garantizar que nuestros pacientes reciban la atención médica que necesitan sin importar su situación financiera. Usted puede calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene un seguro de salud. También puede ser elegible para otros programas del gobierno y de la comunidad. Podemos informarle si estos programas (incluido el Plan de Salud de Oregon) pueden ayudarle a cubrir sus facturas médicas y brindarle asistencia para solicitar estos programas.

**¿Qué está cubierto?** Brindamos atención gratuita y asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos en base a una escala de tarifas móvil, con descuentos que van del 50% al 100%, para servicios de emergencia y otros servicios pertinentes en los hospitales y las clínicas de Salem Health. Este programa solo cubre la atención médica necesaria que se proporciona en los hospitales y las clínicas de Salem Health. No cubre procedimientos que no sean médicamente necesarios, medicamentos recetados o cargos médicos facturados por fuera de Salem Health. Los saldos pendientes en todos los servicios emergentes y otros servicios médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera. A un paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que las cantidades generalmente facturadas a los pacientes que tienen seguro.

**Elegibilidad y determinación de la asistencia financiera:** Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de recibir los servicios. Para determinar si reúne los requisitos, se tendrán en cuenta el tamaño de su familia y los ingresos brutos\* de esta según las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG). Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera al presentar una solicitud como se indica a continuación:

Categoría de asistencia financiera (ingresos según porcentaje del nivel de pobreza)	Porcentaje de descuento
<200%	100%
201%-300%	75%
301%-400%	50%
Descuento por catástrofe	100 % de los saldos superiores al 20 % de los ingresos brutos del hogar

\*La definición de "ingresos brutos del hogar" incluye el ingreso bruto mensual combinado de todas las personas legalmente responsables de la factura o el saldo del paciente.

Recibirá una carta por correo con la decisión o solicitando documentos adicionales en un plazo de 21 días después de que recibamos su solicitud. Antes de recibir los descuentos, deben agotarse todas las demás fuentes de pago posibles, como seguro médico estatal, cooperativa médica/gastos compartidos, seguro de responsabilidad, compensación del trabajador, etc. Para ser elegible para la asistencia financiera debe cooperar con el proceso de aprobación y proporcionar información en relación con fondos (como los mencionados anteriormente) que podrían pagar las facturas del paciente. La asistencia financiera es la opción que se utilizará como último recurso.

Las determinaciones de asistencia financiera tienen una validez de 12 meses. La vigencia de cobertura comenzará 240 días antes de la fecha en que Salem Health reciba la solicitud completa de asistencia financiera y terminará el último día del doceavo mes a partir del cual se tramita la aprobación. La asistencia financiera se aplicará a las cuentas con saldos pendientes dentro de este periodo de cobertura.

**Cómo solicitar asistencia financiera:** Cualquier paciente puede solicitar esta asistencia ya sea enviando una solicitud y

proporcionando los documentos de apoyo a través de MyChart en [www.salemhealth.org/fa-app](http://www.salemhealth.org/fa-app), o llenando la solicitud adjunta en su totalidad, incluyendo los documentos de apoyo que se indican a continuación. Por favor, **envíela a Salem Health, PO Box 14001, Salem, OR 97309**. También puede enviarla por correo electrónico a [financial.counselors@salemhealth.org](mailto:financial.counselors@salemhealth.org), por fax al 503-814-1998, o entregarla en persona en el campus principal del hospital en el Edificio A, 1ª planta en el mostrador de información o en el vestíbulo del mostrador principal de West Valley.

**Documentos de apoyo incluyen los siguientes:**

- La declaración de impuestos federales del año vigente; necesitamos todas las páginas y declaraciones complementarias.
- Carta de verificación de exención del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
- Recibos de sueldo de los últimos 3 (tres) meses de su empleador.
- Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social del año en curso
- Carta de adjudicación del beneficio de pensión del año en curso
- Carta de adjudicación del Departamento de Asuntos de Veteranos
- Carta de adjudicación de anualidades
- Carta de beneficios de desempleo
- Carta de adjudicación de manutención de los hijos
- Carta o documentos judiciales de adjudicación de pensión alimenticia.
- Carta de adjudicación de ayuda económica para estudiantes.
- Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a corto plazo
- Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a largo plazo
- Una carta de «necesidades básicas» que indique cómo cubren sus necesidades básicas diarias las personas sin ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que realicemos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información. Si su núcleo familiar no tiene ninguno de los tipos de ingresos indicados anteriormente, póngase en contacto con nuestra oficina llamando al 503-562-4357 (opción n.º 3) para consultar si es elegible para el Plan de Salud de Oregon. Si lo es, podemos ayudarle a solicitarlo.

Hay versiones traducidas de la solicitud, la política de asistencia financiera y el resumen, disponibles en español, ruso, y chuukese. Para obtener los documentos por correo de forma gratuita, llame al 503-562-4357 o visite nuestro sitio web.

**Presunta Elegibilidad y Determinación:** Salem Health verificará la elegibilidad de cualquier paciente/responsable 1) sin cobertura de seguro médico público o privado, 2) inscrito en un programa estatal de asistencia médica, o 3) que deba al hospital \$500 o más en un solo estado de cuenta, antes de que reciban un estado de cuenta. También verificaremos la elegibilidad de todos los pacientes antes de enviarlos a una agencia de colección de deudas.

Los presuntos descuentos por caridad se determinan en función de las pautas federales de pobreza (FPG) y de la legislación de la Cámara de Representantes de Oregon de los proyectos de ley 3076 y 3320. La evaluación de presunta elegibilidad puede incluir una revisión de:

- (a) Historiales existentes de los pacientes;
- (b) Información recogida de forma rutinaria durante el registro o la admisión del paciente;
- (c) Información facilitada voluntariamente por el paciente;
- (d) Las correcciones previas de asistencia financiera; y
- (e) La elegibilidad ya existente para programas de asistencia. Algunos ejemplos son: Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Mujeres, Bebés y Niños (WIC), programas de almuerzos o desayunos gratuitos, programas de asistencia eléctrica para hogares de bajos recursos, o cualquier otro programa que se verifique en términos de necesidades y que refleje razonablemente el ingreso aproximado del hogar del paciente.

En base al resultado de la revisión, se aplicarán ajustes a la cuenta del paciente/garante antes de recibir el balance y este será de acuerdo con la matriz financiera anterior.

Si tiene alguna pregunta, desea concertar una cita o desea más información, póngase en contacto con nosotros:

- Por teléfono: 503-562-4357
- Por correo electrónico: [financial.counselors@salemhealth.org](mailto:financial.counselors@salemhealth.org)
- Por nuestro sitio web: <http://www.salemhealth.org/financialassistance>

**Atención de emergencia:** Salem Health tiene un departamento de emergencias especializado que brinda atención para afecciones médicas de emergencia (según la definición de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto) sin discriminación en consonancia con las capacidades disponibles, sin importar si un paciente tiene o no la posibilidad de pagar o es elegible para recibir asistencia financiera.

**Proveedores aplicables:** los descuentos de la asistencia financiera se aplicarán a cualquier saldo adeudado a los

**Otros descuentos y opciones:**

- **Descuento para personas sin seguro:** Ofrecemos un descuento del 50% para los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico.
- **Planes de pago:** Cualquier saldo adeudado debe pagarse en un plazo de 30 días. El saldo puede pagarse mediante cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, efectivo, cheque o pago de facturas en línea.
  - Si necesita un plan de pago, configúrelo a través de MyChart o llame al número que aparece en su estado de cuenta, 503-814-2455.

hospitales y las clínicas de Salem Health o a los proveedores empleados de Salem Health Medical Group. Los proveedores que no son empleados y que prestan servicios en nuestro centro no están obligados a cumplir con nuestra determinación de asistencia financiera.



## Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

**Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Agregue otras páginas si es necesario.**

### INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es sí, indique su idioma de preferencia:</i>
¿El paciente solicitó Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente recibe servicios públicos del estado como TANF, alimentos básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente el paciente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y pedir información adicional o comprobantes de ingresos.
- Le notificaremos si califica para la asistencia en un período de 21 días calendario después de recibir su solicitud completada y la documentación.

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nac.
Dirección postal _____	Principal(es) números de contacto ( _____ ) _ ( _____ ) _____ Correo electrónico:	
Ciudad	Estado	Código postal
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo de desempleo: _____)		
<input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otros</b> ( _____ )		

### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Grupo Familiar es: Persona soltera/sola, o cónyuges, parejas en unión libre, o un padre y un menor de 18 años, que vivan juntos: y otras personal de las que una persona sola, cónyuge, pareja en unión libre o padre sea responsables económicamente.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Adjunte más páginas si es necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años de edad: Ingresos mensuales brutos totales (antes de los impuestos):	¿También solicitará asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No



## Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

**Se deben presentar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos son, por ejemplo:**

- Salarios - Compensación por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI  
- Manutención del hijo/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de la cuenta de jubilación - Otros (*explique* \_\_\_\_\_)

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir los comprobantes de sus ingresos con su solicitud.

**Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Para determinar la asistencia financiera se requiere una verificación de los ingresos. Todos los integrantes de la familia que sean mayores de 18 años de edad deben presentar sus ingresos. Si no puede proporcionar los documentos, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione los comprobantes de todas las fuentes de ingresos identificadas.**

**Los ejemplos de comprobantes de ingresos son:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
  - Recibos de paga actuales (3 meses); o
  - Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluyendo declaraciones complementarias, si corresponde; o
  - Declaraciones escritas y firmadas de empleadores o terceros; o
  - Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica de financiación estatal; o
  - Aprobación/denegación de la elegibilidad para compensación de desempleo.
- Si no tiene comprobantes de sus ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar (esto no incluye las primas mensuales de los seguros) \$ \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay información adicional acerca de su situación económica actual que usted desea que conozcamos, como problemas económicos, gastos médicos excesivos, ingresos por estación o temporada o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Comprendo que Salem Hospital puede verificar la información mediante la revisión de la información crediticia y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera y puedo ser responsable por los servicios proporcionados y se puede esperar que pague por ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma de persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha