



Política de asistencia financiera – Resumen en lenguaje sencillo

La Política/Programa de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Infirmary Health (IH, por sus siglas en inglés) proporciona a los pacientes elegibles atención hospitalaria de emergencia o médicamente necesaria con descuento total o parcial. El paciente que desee obtener asistencia financiera deben presentar una solicitud para acceder al programa, el cual se resume en este documento.

Servicios elegibles – servicios de atención médica de emergencia y/o médicamente necesarios provistos y facturados por hospitales afiliados a IH: Mobile Infirmary Medical Center, Thomas Hospital, North Baldwin Infirmary y Infirmary LTAC Hospital. La FAP solo se aplica a los servicios facturados por dichos hospitales. Los otros servicios que han sido facturados por separado por otros proveedores, como médicos o laboratorios, no son elegibles conforme a la FAP.

Pacientes elegibles – los pacientes que reciben servicios elegibles, quienes envían una Solicitud de ayuda financiera (incluyendo los documentos/información relacionada) y que se determinaron elegibles para la Asistencia financiera por el Comité de asistencia financiera de IH.

Cómo solicitar la asistencia financiera – Para obtener/completar/presentar las solicitudes de asistencia financiera se debe proceder según se indica a continuación:

- Reciba una solicitud en la recepción principal de cada hospital o en la sala de emergencias.
- Solicite que se le envíe una solicitud llamando al Departamento de Servicios comerciales para el paciente de IH al 251-435-3541.
- Descargue una solicitud desde el sitio web de IH: <https://www.infirmaryhealth.org/financial-assistance>.
- Envíe las solicitudes completadas (con toda la documentación/información especificada en las instrucciones de aplicación) a: IH Patient Business Services Dept., Mobile Infirmary Medical Center, P.O. Box 2144, Mobile, Alabama 36652.

Determinación de elegibilidad de asistencia financiera – por lo general, los pacientes elegibles son elegibles para obtener asistencia financiera utilizando una escala variable cuando su ingreso familiar es igual o inferior a 350% de Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) del Gobierno federal (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>); Elegibilidad para la asistencia financiera significa que las personas elegibles tendrán su atención cubierta de manera total o parcial y no se les facturará más que "Monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a personas inseguras (AGB, según la definición de la Sección 501(r) del IRS). Niveles de asistencia financiera en base a los ingresos de la familia y FPG, son:

Ingresos familiares de 0 a 200% de FPG ⇒ Asistencia financiera completa \$0 es facturable para el paciente
Family income at 201 to 350% of FPG ⇒ Partial Financial Assistance; AGB is max billable to Patient

Nota: También se consideran otros criterios más allá de FPG (es decir, la disponibilidad de efectivo u otros activos que pueden convertirse en efectivo y el exceso de ingresos netos mensuales en relación con los gastos mensuales del hogar), lo que puede dar lugar a excepciones a lo anterior. Si no se informa sobre los ingresos familiares, se pedirá información sobre cómo se satisfacen las necesidades diarias. El comité de asistencia financiera de IH revisan las solicitudes enviadas que estén completas y determinan la elegibilidad de asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de IH. Las solicitudes incompletas no se consideran, pero se notifica a los solicitantes y se les da la oportunidad de entregar la documentación/información faltante.

Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al: Departamento de Servicios comerciales para el paciente de IH al 251-435-3541, de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.



Solicitud de asistencia financiera - Instrucciones

Gracias por comunicarse con Infirmary Health con respecto a su(s) cuenta(s) de hospital. Puede completar un formulario de solicitud de asistencia financiera para solicitar asistencia financiera con su(s) cuenta(s) de paciente de hospital en las siguientes entidades:

Mobile Infirmary Medical Center
Infirmary Long Term Acute Care (LTAC) Hospital

North Baldwin Infirmary
Thomas Hospital

Estamos felices de revisar su(s) cuenta(s) de paciente de hospital para obtener asistencia financiera, pero le solicitamos, con todo respeto, que envíe la documentación correspondiente a continuación. Le pedimos que envíe la documentación completa y precisa para que podamos considerar debidamente su solicitud para obtener asistencia financiera.

_____ **La última/actual declaración de impuestos federales y estatales:** Si no presentó sus declaraciones de impuestos, llame al Servicio impuestos internos para obtener una carta de verificación que muestre que no se presentó ninguna declaración de impuestos federales. Puede obtener esta carta llamando al 1-800-829-1040 o al 1-800-829-0922.

_____ **La última/ actual declaración de inversiones/bancaria:** proporcione las 2 últimas declaraciones mensuales de todas las cuentas activas, entre ellas, cuenta corriente, de ahorros y de inversión.

_____ **Documentos que justifiquen los ingresos:** proporcione los 2 recibos de pago más recientes y/o documentación de manutención de hijos, pensión de alimentos y beneficios gubernamentales.

_____ **Solicitud de asistencia financiera completada y firmada.**

Nuestra dirección de correo postal es: Infirmary Health, Attn: Patient Business Services Dept., P.O. Box 2144, Mobile, Alabama 36652. Le pedimos que envíe por correo la información solicitada lo antes posible para que nuestra consideración sea lo más oportuna y actualizada posible. Una vez que se haya recibido la información, se presentará a nuestro Comité de asistencia financiera para su revisión. Se le notificará el resultado de su solicitud por escrito. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios Comerciales para pacientes al (251) 435-3541.

Atentamente,

Coordinador de asistencia financiera
Infirmary Health



P.O. Box 2144; Mobile, AL 36652
(251) 435-3541

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Indique el número de cuenta y el nombre del centro para cada cuenta para la que se solicita asistencia financiera:

| | | | |
|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Número de cuenta | Nombre del centro | Número de cuenta | Nombre del centro |
| Número de cuenta | Nombre del centro | Número de cuenta | Nombre del centro |
| Número de cuenta | Nombre del centro | Número de cuenta | Nombre del centro |

| | | | |
|---------------------|-------|-----------------------|-------|
| Paciente/garante: | _____ | N.º de Seguro Social: | _____ |
| Dirección: | _____ | N.º de teléfono: | _____ |
| | _____ | Fecha de nacimiento: | _____ |
| Nombre del cónyuge: | _____ | N.º de Seguro Social: | _____ |
| Dirección: | _____ | N.º de teléfono: | _____ |
| | _____ | Fecha de nacimiento: | _____ |

Nombres y edades de las personas que viven en el hogar.

| Nombre | Edad | Parentesco | ¿Designa a esta persona para fines fiscales? |
|--------|------|------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ingreso:

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Paciente/empleador garante: | _____ |
| Dirección del empleador: | _____ |
| | _____ |
| N.º de teléfono: | _____ |
| Puesto de trabajo: | _____ |
| Ingreso bruto: \$ _____ h/semana/mes | Ingreso neto: \$ _____ h/semana/mes |

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Empleador del cónyuge: | _____ |
| Dirección del empleador: | _____ |
| | _____ |
| N.º de teléfono: | _____ |
| Puesto de trabajo: | _____ |
| Ingreso bruto: \$ _____ h/semana/mes | Ingreso neto: \$ _____ h/semana/mes |

Otros ingresos (incluyendo los segundos trabajos, beneficios gubernamentales, manutención de hijos, etc.)

Fuente: _____ Bruto \$: _____ Neto \$: _____ h/semana/mes
 Fuente: _____ Bruto \$: _____ Neto \$: _____ h/semana/mes
 Fuente: _____ Bruto \$: _____ Neto \$: _____ h/semana/mes

Financiero:

Cuenta corriente: Nombre del banco: _____ Saldo \$ _____
 Cuenta de ahorros: Nombre del banco: _____ Saldo \$ _____
 Cuenta de inversión: Nombre del banco/compañía: _____ Saldo \$ _____
 Otras cuentas: Nombre del banco/compañía: _____ Saldo \$ _____

Gastos:

| | Pago mensual | Debe a | Saldo |
|--|--------------|--------|-------|
| Hipoteca/renta | \$ | | \$ |
| Préstamo automotor | \$ | | \$ |
| Préstamo automotor | \$ | | \$ |
| Mobiliario/electrodomésticos | \$ | | \$ |
| Tarjeta de crédito | \$ | | \$ |
| Tarjeta de crédito | \$ | | \$ |
| Gas (para el hogar) | \$ | | \$ |
| Agua | \$ | | \$ |
| Luz | \$ | | \$ |
| Teléfono | \$ | | \$ |
| Teléfono celular | \$ | | \$ |
| Cable | \$ | | \$ |
| Gas (automóvil)/ pasaje del autobús | \$ | | \$ |
| Guardería | \$ | | \$ |
| Seguro | \$ | | \$ |
| Seguro | \$ | | \$ |
| Alimentos | \$ | | \$ |
| Recetas | \$ | | \$ |
| Médico/clínica | \$ | | \$ |
| Médico/clínica | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |

Propiedad

Ubicación de la casa: _____ Fecha de compra: _____ Valor actual \$ _____
 Ubicación del terreno: _____ Fecha de compra: _____ Valor actual \$ _____
 Automóvil: Año: _____ Marca/modelo: _____ Valor actual \$ _____
 Automóvil: Año: _____ Marca/modelo: _____ Valor actual \$ _____
 Automóvil: Año: _____ Marca/modelo: _____ Valor actual \$ _____
 Vehículo de recreación: Año: _____ Marca/modelo: _____ Valor actual \$ _____

Explique su situación actual y su necesidad para la asistencia financiera: (Si se necesita espacio adicional, continúe en una hoja aparte. _____

Declaración de la verdad

La información de esta solicitud de asistencia financiera, con respecto a mi situación financiera, es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada en este documento tiene el propósito de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y que la información falsa o incompleta podría ocasionar la descalificación para recibir asistencia financiera.

Acepto otorgar acceso al hospital a todos los registros necesarios para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que la elegibilidad para la asistencia financiera no será aprobada hasta la verificación de mi situación financiera y que cualquier cambio o corrección encontrado se aplicará a la solicitud antes de que se realice la determinación de elegibilidad.

También entiendo que si mi solicitud para la asistencia financiera no se aprueba en base a los criterios establecidos en este formulario, puedo solicitar una aprobación especial del hospital y de la Junta Directiva y también a través del Presidente. Entiendo que su decisión se tomará solo a partir de las circunstancias extraordinarias que se aplican a mi caso y que su decisión será definitiva.

Asimismo, verifico que todas las otras fuentes de fondos que pueden estar disponibles para el pago de este gasto médico se han agotado, incluyendo todos los fondos médicos estatales o federales. Sin embargo, en caso de que haya fondos disponibles de cualquier fuente pública o privada para cubrir cualquier gasto médico que pueda estar asociado con la atención que es la razón de esta solicitud, acepto solicitar dichos fondos. Por la presente, también autorizo a Infirmery Health a buscar dichos fondos y/o presentar una solicitud en mi nombre, compartiendo cualquier información que pueda haber presentado en este documento.

Por la presente, autorizo a Infirmery Health, que comprende a Mobile Infirmery Medical Center, Thomas Hospital, North Baldwin Infirmery e Infirmery LTAC Hospital, a hacer/compartir cualquier consulta/información crediticia que consideren necesaria en relación con esta solicitud o durante la revisión o selección de cualquier crédito extendido basándose en esta solicitud. Autorizo e instruyo a cualquier persona o agencia de informes del consumidor para que recopile y proporcione al/a los hospital(es) cualquier información que pueda tener u obtener en respuesta a dichas consultas de crédito y acepto que seguirá siendo de su propiedad, independientemente de si el crédito se extiende o no. Acuso recibo del siguiente aviso impreso proporcionado por el/los hospital(es) para mí en el momento que se realizó esta solicitud. Además, por la presente afirmo que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y se brindan con el propósito de obtener asistencia financiera.

Firma del paciente/garante

Fecha

Firma del cónyuge (si está casado/a)

Fecha

Aviso: la Ley Federal de Igualdad de Oportunidades de Crédito prohíbe que los acreedores discriminen a los solicitantes de crédito por motivos de sexo o estado civil. La agencia federal que administra el cumplimiento de esta ley respecto a Infirmery Health es la Comisión Federal de Comercio, Washington, D.C. 20580.