Fecha de entrada en vigor: **Fecha de revisión: 2025**
Aprobado por: Tina Nichols/Don Duval

DESCRIPCIÓN GENERAL

Harrison County Hospital tiene la tradición de brindar servicio a los pobres, los necesitados y todas las personas que necesiten servicios de atención médica. Con el objetivo de promover la salud y el bienestar de la comunidad que recibe ayuda, las personas con recursos financieros limitados podrán calificar para servicios de atención médica gratis o con descuentos según los criterios establecidos. Los criterios de elegibilidad seguirán las pautas federales de pobreza. La necesidad de asistencia financiera se basa en los ingresos y puede evaluarse en los siguientes casos:

- **Prestación de servicios posterior.**
- **Modificación de ingresos.**
- **Modificación del tamaño de la familia.**
- **Cuando una cuenta que está cerrada se abra nuevamente.**
- **Cuando la última evaluación financiera se haya realizado más de seis meses antes.**

Habrá señalización adecuada visible en el centro, específicamente en las áreas de ingreso de los pacientes, para dar a conocer el programa de asistencia financiera y la ayuda que se ofrece. Se incluirá información, tal como folletos, en las carpetas de servicios o información para el paciente y/o en las áreas de ingreso de los pacientes. La Política y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en nuestro sitio web, www.hchin.org, en la sección "Información importante". Las copias en papel de la Solicitud de Asistencia Financiera están a la vista en las principales áreas de registro, se entregan a todos los pacientes que no tienen seguro durante el registro y se anuncian de manera pública una vez al año en la página de Facebook del hospital. Además, cada declaración incluye un número de teléfono de contacto para solicitar una copia de la Solicitud y/o la Política de Asistencia Financiera. Toda información pública y/o formularios referidos al suministro de asistencia financiera utilizarán idiomas apropiados para el área de servicios del centro.

La necesidad de tratamiento médico para cualquier paciente se basará en el juicio clínico del proveedor sin tener en cuenta el estado financiero del paciente. Todos los pacientes serán tratados respetuosa e imparcialmente, independientemente de su capacidad para pagar.

INSTRUCCIONES ESPECIALES/PAUTAS/FORMULARIOS QUE DEBEN USARSE

Carta de presentación para la solicitud, solicitud, autorización para la divulgación de información	**(Anexo n.º 1)**
Formulario de ingresos inferiores a los requisitos de presentación federales y estatales	**(Anexo n.º 2)**
Solicitud de verificación de cuentas bancarias	**(Anexo n.º 3)**
Hoja de trabajo de asistencia financiera del hospital	**(Anexo n.º 4)**
Hoja de trabajo de asistencia financiera para catástrofes–solo para el hospital	**(Anexo n.º 5)**
Carta de solicitud de documentación final	**(Anexo n.º 6)**
Carta de rechazo	**(Anexo n.º 7)**
Confirmación de exención del seguro social	**(Anexo n.º 8)**
Carta de determinación de elegibilidad final	**(Anexo n.º 9)**
Carta de plan de pago	**(Anexo n.º 10)**

I. DEFINICIONES

A. Recursos financieros disponibles: incluye los activos que están inmediatamente disponibles, el dinero en efectivo y las inversiones, como los ahorros, las cuentas corrientes y otras inversiones.

B. Comité de asistencia financiera: comité constituido por el director financiero, el gerente de cuentas de los pacientes, el coordinador de la Oficina Comercial, el consejero financiero y el defensor del paciente, y los representantes designados para la elegibilidad de Medicaid.

C. Familia: el paciente, su cónyuge, sus dependientes legales de acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas.

D. Elegibilidad presunta: cuando se presume que un paciente califica para recibir asistencia financiera sin que se le exija que presente una solicitud de asistencia financiera, teniendo en cuenta factores como no tener casa, calificar para programas de asistencia federal, estatal o local (cupones de alimentos, programas de almuerzo escolar subvencionados por el gobierno federal, familias con bajos ingresos o subvencionadas) o recibir atención gratis de una clínica comunitaria.

II. PAUTAS DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

A. Para calificar para recibir asistencia financiera completa, el ingreso familiar debe ser igual o inferior al 200 por ciento de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza o debe ser considerado presuntamente elegible según los criterios establecidos.

B. Para calificar para recibir asistencia financiera parcial (reducción del 75 por ciento de la cantidad de cargos facturados del paciente), el ingreso familiar de un paciente financieramente indigente debe ser igual o inferior al 300 por ciento, pero mayor al 200 por ciento de lo establecido por las Pautas Federales de Pobreza.

C. Después de la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, no se le cobrará más que la Cantidad Generalmente Facturada (AGB, por sus siglas en inglés) del hospital usando el método de actualización. El porcentaje de AGB del hospital es del 66 %, y se puede solicitar una explicación de cómo se calcula en el Departamento de Finanzas.

D. Para calificar para recibir asistencia financiera total o parcial, un paciente indigente debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país y residir en Harrison o el condado de Crawford, en Indiana o en el condado de Meade, en Kentucky, o tener una relación establecida con un médico que sea miembro del personal médico de Harrison County Hospital. Las visitas de pacientes a Harrison County Hospital por una emergencia médica califican para solicitar asistencia financiera total o parcial, independientemente de su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad o información genética de la persona.

E. Los pacientes son responsables de completar los formularios de solicitud necesarios y de cooperar plenamente con el proceso evaluación y de recopilación de información para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

F. Para ser considerado para recibir asistencia financiera, el paciente debe cooperar con los representantes designados del hospital para proporcionar la información y la documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar su atención médica, como por ejemplo, Medicare, Medicaid, HIP, la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés), el Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), etc. Para calificar para obtener asistencia, el paciente debe solicitar la cobertura gubernamental disponible, como la Parte B de Medicare. Si se le niega la asistencia financiera al paciente por no cooperar con Harrison County Hospital o con las pautas del gobierno o el estado, debe esperar 90 días a partir de la fecha de la carta de rechazo para volver a solicitar y las cuentas anteriores no calificarán. Las cuentas originalmente clasificadas como deudas incobrables pueden calificar para la asistencia financiera con posterioridad durante un máximo de tres años si no están en situación legal de cobro. Si se aprueba la ayuda para el paciente, se puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó el paciente dentro de los 180 días a partir de la fecha en que se registró el pago, menos las tasas de cobro.

G. **La aprobación para la asistencia financiera será efectiva durante seis meses o hasta que se determine un cambio en el estado financiero del paciente o se revoque por falta de cooperación. El hospital se reserva el derecho de solicitar más información al paciente durante estos seis meses. Es responsabilidad del paciente notificar al personal hospitalario las cuentas con saldos que pueden calificar para la ayuda. El consejero financiero documentará esta información en la Solicitud de Asistencia Financiera (Anexo n.º 1) y en el Registro de Asistencia Financiera (Anexo n.º 3).**

H. **Harrison County Hospital reconoce el hecho de que pueden existir instancias en las que el ingreso de un paciente exceda las pautas mencionadas anteriormente, pero que los gastos médicos del paciente también excedan su ingreso y, en consecuencia, se lo considere incapaz de aceptar cargas financieras adicionales. La asistencia financiera también puede ser apropiada para estas personas.**

I. **Esta política también se aplicará para los servicios que prestan todos los médicos empleados por el hospital, siempre que el lugar del servicio sea Harrison County Hospital.**

III. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES QUE POTENCIALMENTE CALIFICAN

A. **La identificación de pacientes que potencialmente califica puede tener lugar en cualquier momento durante la prestación de los servicios o durante el proceso de cobro y durante un plazo máximo de 24 meses luego de la fecha del servicio. Los pacientes que se asignan a una agencia de cobranza contratada por el hospital también pueden ser evaluados por dicha agencia para determinar si necesitan asistencia financiera y, al menos cada 30 días, se comunicará al hospital quiénes son los beneficiarios que califican. Si la cuenta está en agencia de cobros en el momento de la aprobación, es posible que los honorarios de la agencia se descuenten de cualquier reembolso debido al paciente.**

B. **Aquellos pacientes que puedan calificar para recibir asistencia financiera proveniente de un programa gubernamental deben ser remitidos al programa correspondiente, por ejemplo, Medicaid, antes de ser puestos en consideración para la asistencia financiera.**

C. **Los pacientes que soliciten asistencia financiera cuando se crea razonablemente que pueden calificar para un programa de asistencia financiera del gobierno (como Medicaid o HIP), pero que no hacen la solicitud debido a sus creencias religiosas, serán responsables de pagar la cantidad que se le habría pagado al hospital si hubiesen solicitado los beneficios y calificado para recibirlos. El paciente debe completar una Solicitud de Asistencia Financiera por escrito y presentar el Anexo n.º 9 (Confirmación de Exención del Seguro Social).**

IV. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

A. **A todos los pacientes identificados como potenciales destinatarios de asistencia financiera se les debe ofrecer la oportunidad de solicitar asistencia financiera. También se incluye información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en todos los informes o facturas que se envían al paciente que paga por cuenta propia.**

B. **La persona que solicita asistencia financiera debe completar una solicitud por escrito. En el caso de solicitar asistencia Financiera (Anexo n.º 1), se debe enviar la solicitud completa y la información complementaria al consejero financiero para su evaluación. Si el paciente califica para recibir cupones de alimento, Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o Medicaid y puede proporcionar comprobantes de elegibilidad, no será necesaria otra información probatoria.**

C. **En la evaluación de una solicitud de asistencia financiera se tendrán en cuenta los ingresos familiares totales del paciente y los recursos financieros disponibles. La cantidad de la asistencia financiera que se preste se reducirá si hay recursos disponibles que superen los $6,000 por persona y se aumentará $2,000 por cada miembro de la familia.**

D. Elegibilidad presunta: A discreción de Harrison County Hospital, también se puede considerar y otorgar asistencia financiera sin necesidad de completar una Solicitud de Asistencia Financiera. Harrison County Hospital puede referirse a los siguientes factores externos o depender de ellos y/u otros recursos de afiliación del programa para determinar la elegibilidad del paciente:

- **El paciente no tiene casa.**
- **El paciente califica para otros programas de ayuda con financiación federal, estatal o local.**
- **El paciente califica para programas de ayuda estatales o locales.**
- **El paciente califica para recibir cupones de alimentos para el programa de almuerzo escolar subvencionado por el gobierno federal.**
- **El paciente califica para un programa de medicamentos de receta financiado por el estado.**
- **La dirección vigente del paciente se considera una vivienda subvencionada de bajos ingresos.**
- **El paciente recibe atención gratis de una clínica comunitaria y es remitido al hospital para su tratamiento.**
- **El paciente muere y no hay suficiente dinero en el patrimonio o no hay patrimonio para pagar la factura de HCH del paciente.**
- **Los pacientes que se consideren presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera podrán recibir un ajuste en su cuenta y solo podrán calificar en una fecha de servicio determinada**

E. Harrison County Hospital no se ocupará de forzar la liquidación de una residencia personal, pero puede presentar una prenda para proteger nuestro interés a través de la futura venta de tal propiedad. También puede generarse un informe crediticio.

F. Las aprobaciones para asistencia financiera por cantidades que superen los $10,000 deben ser aprobados por el gerente de cuentas de los pacientes. Las que superen los $25,000, exigen la aprobación del director de finanzas. El consejero financiero deberá notificar el resultado al paciente.

G. Las cuentas en las que los pacientes se identifican como médicamente indigentes o las cuentas en las que el cobrador o el gerente de cuentas de los pacientes haya identificado circunstancias especiales que al tenerse en cuenta pueden afectar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera se remitirán al Comité de asistencia financiera para su consideración y determinación final.

V. NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

A. En el momento de la solicitud, se deben proporcionar pautas claras sobre el tiempo requerido para revisar la solicitud y proporcionar una decisión al paciente. Si se solicitan documentos adicionales, el paciente debe comunicar y/o cumplir dentro de los 10 días. Se proporcionará una respuesta rápida y una decisión por escrito al paciente, que proporcione un motivo para la denegación, generalmente dentro de los diez (10) días del proceso de solicitud (una vez que se hayan entregado todos los documentos) utilizando la Carta de determinación final de elegibilidad (Adjunto # 9). Los solicitantes a los que se les niegue la asistencia financiera pueden calificar para un plan de pago extendido sin intereses aprobado por el administrador de cuentas del paciente, que no exceda los 18 meses.

VI. CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA POR LÍNEA DE SERVICIO

A. La actividad de cobranza se puede suspender durante la consideración de una solicitud de asistencia financiera. Si una determinación de asistencia financiera permite la reducción de un porcentaje, pero deja al paciente con un saldo de pago por cuenta propia, los términos de pago se establecerán según la política de facturación y cobro.

B. Puede obtenerse una copia gratis de la Política de Facturación y Cobro llamando al 812-738-8755.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA *DEL HOSPITAL*

De acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza, niveles de ingreso bruto, 2025 (AGB 66 % junio 2025)

Tamaño de la familia	100 %	75 %
1	de 0 a 31,300	de 31,301 a 46,950
2	de 0 a 42,300	de 42,301 a 63,450
3	de 0 a 53,300	de 53,301 a 79,950
4	de 0 a 64,300	de 64,301 a 96,450
5	de 0 a 75,300	de 75,301 a 112,950
6	de 0 a 86,300	de 86,301 a 129,450
7	de 0 a 97,300	de 97,301 a 145,950
8	de 0 a 108,300	de 108,301 a 162,450
Cada adicional	11,000	16,500

Lista de proveedores **cubiertos** por la Política de Asistencia Financiera
Solo **en** los servicios de Harrison County Hospital

Anestesistas
Hospitalistas
Cirujano ortopédico
Podólogo
Pediatras

Consultorios de proveedores

Solo reclamaciones institucionales
Corydon Medical Associates
Centro de Dermatología y Cáncer de Piel
Grupo Médico First Capital
Asociados de Cirugía General
Harrison Crawford Healthcare
Gestión del Dolor
HCH OB/GYN
HCH Pediatría Kids First Cirujanos
Ortopédicos del Condado de Harrison
Medicina Familiar de South Harrison

Lista de Proveedores No Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera Servicios de médicos, grupos de médicos u otros practicantes que no están empleados por el hospital, incluidos, entre otros,
SCP Health – Médicos de sala de emergencias
Radiology Associates – Grupo de Radiología
Women's Healthcare of Southern Indiana – Dra. Dunn, OB/GYN
Norton Specialty Groups – Oncología, Cardiología, Gastroenterología, Vascular

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

DOCUMENTACIÓN FINANCIERA NECESARIA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Fecha:_____

Estimado paciente:

Para ayudarlo con sus gastos médicos en Harrison County Hospital, se adjunta una Solicitud de Asistencia Financiera. **Complete la solicitud** y **proporcione copias** de la documentación que se indica abajo.

Es posible que un representante de una agencia externa (ClaimAid o Complete Billing Services) que trabaja con el hospital se comunique con usted para ver si califica para otras fuentes de pago que puedan estar disponibles. Si no coopera con una de estas agencias externas, se denegará la asistencia financiera.

Para que la solicitud sea considerada, DEBE entregar los siguientes documentos:
(Su solicitud no puede ser procesada para su consideración si no se incluye la documentación solicitada).

__X Cupones de alimento o TANF ****Si comprueba la elegibilidad actual para recibir cupones de alimento o TANF, no necesita proporcionar ninguna otra documentación además de la carta de comprobante de elegibilidad y el formulario de solicitud completo*.***

__X Declaración de Impuestos Federales (formulario 1040) del año más reciente o el formulario 4506-T del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés).

__X Información financiera de los últimos tres meses:
(Cuentas corrientes, de ahorros e inversiones: ***incluya todas las páginas de cada estado de cuenta*****).**

__X Recibos de pago de las últimas 13 semanas del paciente y de su cónyuge (o los últimos siete recibos de pago quincenales), si los ingresos han cambiado desde la declaración de impuestos del año anterior.

__X Comprobante de cualquier otro ingreso (por ejemplo, seguro social, manutención para los hijos, ingresos por alquiler, desempleo, pensión, trabajo autónomo, etc.).

__X Otro: Si usted o su cónyuge no tienen ingresos, esa persona debe presentar una declaración personal firmada que indique la fecha en que trabajó por última vez y/o la fecha de inicio de la discapacidad y cómo se pagan los gastos primarios familiares.

Otro: _____

_____

Entregue los papeles **por correo o por fax al (812) 738-8780** dentro de los 10 días o llámeme **para programar una cita para copiar y revisar** la información. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme al **(812) 738-7846**.

Gracias.

Stephanie Lovings
Consejera financiera
1141 Hospital Drive NW • Corydon, IN 47112 • (812) 738-7846 • (800) 447-4251 ext. 2230 • Fax: (812) 738-8780

Harrison County Hospital

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA **N.º DE CUENTA _____**

Por la presente solicito a Harrison County Hospital una determinación por escrito de mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera. Comprendo que la información, que presento y hace referencia a mi ingreso anual y tamaño de familia, queda sujeta a verificación por parte de este Hospital. Asimismo, comprendo que, si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación tendrá como consecuencia el rechazo de la asistencia financiera y seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

1. **GARANTE** ***(persona responsable del pago)***

Nombre:_____DOB: / / N.º de seguro social:_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
Domicilio:_____N.º de teléfono (_____)_____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal
País:_____Médico de atención primaria:_____

2. EMPLEADOR_____OCUPACIÓN_____

Domicilio:_____N.º de teléfono (_____)_____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

3. **Información del PACIENTE,** ***si es distinta de la del garante***

Nombre:_____DOB: / / N.º de seguro social:_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
Domicilio:_____N.º de teléfono (_____)_____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

4. Cónyuge del PACIENTE

Nombre:_____DOB: / / N.º de seguro social:_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
Domicilio:_____N.º de teléfono (_____)_____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE_____OCUPACIÓN_____

5. ¿El garante se ha declarado en quiebra durante los últimos 12 meses? Sí No

6. TAMAÑO DE LA FAMILIA_____(*Todas las personas elegidas en la declaración de impuestos*)

7. **INGRESO: Mencione el ingreso correspondiente a todos los miembros de la familia elegidos en su declaración de impuestos.** ***Adjunte comprobantes del ingreso presentado como prueba***

NOMBRE RELACIÓN EDAD	NOMBRE RELACIÓN EDAD
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA *continuación*

8. CANTIDAD TOTAL DE LAS ÚLTIMAS 13 SEMANAS

Salario bruto	**$**_____
Trabajo autónomo o personal	**$**_____
Beneficios de TANF	**$**_____
Beneficios de cupones de alimento	**$**_____
Seguro social/discapacidad	**$**_____
Compensación por desempleo	**$**_____
Compensación de los trabajadores	**$**_____
Manutención para los hijos	**$**_____
Pensiones	**$**_____
Ingreso proveniente de dividendos, intereses o alquileres	**$**_____
Otro (explique)	**$**_____

TOTAL $_____

9. ACTIVOS (proporcione copias **de los últimos tres meses**)

$_____**Saldo de cuenta corriente**

Nombre de la institución financiera: _____

$_____**Saldo de la cuenta de ahorros**

Nombre de la institución: _____

$_____**Inversiones (acciones, bonos, fondos comunes de inversión, inversiones en activos monetarios, certificados de depósito)**

$_____**Otros activos (describa)**

_____

$_____**ACTIVOS TOTALES**

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA *DEL HOSPITAL*

De acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza, niveles de ingreso bruto, 2025

Tamaño de la familia	100 %	75 %
1	de 0 a 31,000	de 31,301 a 46,950
2	de 0 a 42,300	de 42,301 a 63,450
3	de 0 a 53,300	de 53,301 a 79,950
4	de 0 a 64,300	de 64,301 a 96,450
5	de 0 a 75,300	de 75,301 a 112,950
6	de 0 a 86,300	de 86,301 a 129,450
7	de 0 a 97,300	de 97,301 a 145,950
8	de 0 a 108,300	de 108,301a 162,450
Cada adicional	11,000	16,500

Si quiere una copia de la Política de Asistencia Financiera visite WWW.HCHIN.ORG o llame al (812) 738-7846.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El abajo firmante certifica lo siguiente:

1. **El paciente y/o tutor legal ha solicitado asistencia financiera a Harrison County Hospital y, como parte del proceso de solicitud, se entiende que dicho Hospital puede verificar la información contenida en la solicitud presentada por el paciente y/o la parte responsable; asimismo, Harrison County Hospital puede verificar la información contenida en otros documentos, como el informe de crédito del paciente, que puedan haberse suministrado en relación con la solicitud de asistencia financiera.**

2. **El paciente y/o la parte responsable lo autorizan debidamente a divulgar y proporcionar toda información y documentación que pueda solicitar Harrison County Hospital. Doy permiso a Harrison County Hospital a analizar cualquier cuenta que figure a nombre del paciente y/o el tutor legal.**

3. **Una fotografía o copia enviada por fax de la presente autorización puede aceptarse como documento original.**

_____ _____

Nombre en imprenta del paciente o la parte responsable **Firma del paciente o la parte responsable**

_____ _____

Número de seguro social **Fecha**

_____ _____

Nombre en imprenta del cónyuge u otro **Firma del cónyuge u otro**

_____ _____

Número de seguro social **Fecha**

Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del Hospital. Certifico que la información que antecede es verdadera, correcta y completa.

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

Fecha:_____

Mis ingresos eran inferiores a los requisitos de presentación federales y estatales establecidos, por lo tanto; no presenté una declaración de impuestos en

el año_____.

_____ _____
Firma del paciente **Fecha**

_____ _____
Firma del cónyuge **Fecha**

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

Solicitud de verificación de cuentas bancarias

Institución:_____ Fecha: _____

Cliente:_____ Número de seguro social:_____

Doy mi permiso a la institución mencionada para que proporcione a Harrison County Hospital la información que se solicita abajo por correo o fax. El permiso vence un año después de la fecha en que firme este formulario.

Firma	Fecha

Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para un programa de asistencia médica de elegibilidad y se divulga solo a la agencia gobernante que toma la determinación. La información dada se mantendrá confidencial. Entregue el formulario completo **dentro de los 10 días a**:

Harrison County Hospital
Atentamente. Stephanie Lovings
1141 Hospital Dr. NW **FAX 812-738-8780**
Corydon, IN 47112
812-738-7846

Complete la información que se solicita abajo O proporcione los estados de cuenta que cubran estas fechas.

Tipo de cuenta (corriente, ahorro, certificado de depósito, otra)	Últimos dos n.º de cuenta	Saldo Fecha _____	Saldo Fecha _____	Cantidad, fecha y frecuencia del último pago de intereses (mensual, etc.)	Otros nombres en la cuenta

¿Cierre de cuentas? Δ SÍ Δ NO Fecha y saldo al cierre: _____

Número de cuenta: _____

Nombre o sello de la institución financiera	Firma y cargo del directivo	Fecha en que firma

Harrison County Hospital
HOJA DE TRABAJO DE ASISTENCIA FINANCIERA *DEL HOSPITAL*
(PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE FINANZAS)
Fecha de la solicitud _____

Nombre del solicitante_____N.º de teléfono_____

N.º de cuenta _____

Saldo $ _____

Ingreso familiar anual $ _____

Total de recursos financieros disponibles $_____

Informe crediticio disponible Sí No

Porcentaje de asistencia financiera según las pautas _____

Cantidad aprobada $_____

Fecha de determinación_____

Aprobada por_____Fecha_____

Rechazada por_____Fecha_____

Remitido a:

Grte. de ctas. de pacientes _____ Dir. fin._____ Comité de asistencia financiera _____

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA *DEL HOSPITAL*
De acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza, niveles de ingreso bruto, 2025

Tamaño de la familia	100 %	75 %
1	de 0 a 31,300	de 31,301 a 46,950
2	de 0 a 42,300	de 42,301 a 63,450
3	de 0 a 53,300	de 53,301 a 79,950
4	de 0 a 64,300	de 64,301 a 96,450
5	de 0 a 75,300	de 75,301 a 112,950
6	de 0 a 86,300	de 86,301 a 129,450
7	de 0 a 97,300	de 97,301 a 145,950
8	de 0 a 108,300	de 108,301 a 162,450
Cada adicional	11,000	16,500

Harrison County Hospital

HOJA DE TRABAJO DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA CATÁSTROFES. SOLO PARA EL HOSPITAL

(PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE FINANZAS)

NOMBRE DEL SOLICITANTE_____ **N.º DE TELÉFONO DEL SOLICITANTE**_____

N.º DE CUENTA_____ **SALDO $** _____

CANTIDAD TOTAL SOLICITADA $_____ **INFORME CREDITICIO DISPONIBLE SÍ NO**

FECHA DE SOLICITUD_____ **FECHA DE REMISIÓN AL COMITÉ DE ASISTENCIA FINANCIERA**_____

VALOR BRUTO DEL HOGAR Y OTROS INMUEBLES **$**_____
MENOS DEUDA RELACIONADA **$**_____
VALOR NETO DEL HOGAR Y OTROS INMUEBLES **$**_____
CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA ATENUANTE: _____

PROCESO DE CÁLCULO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA CATÁSTROFES
Periodo de 12 meses

Plazo de la cobertura _____ - _____

mm/dd/aa mm/dd/aa

Ingreso familiar total **A.** _____

Factor de ingresos **B. x 25 %**

Límite de ingresos **C.** _____

(A x B)

Total de facturas del hospital HCH **D.** _____

(Luego de todos los pagos de terceros, excluido el ajuste para la asistencia financiera) **(12 meses)**

Total de otras facturas médicas **E.** _____

(Luego de todos los pagos de terceros, si los hubiera) **(12 meses)**

DETERMINACIÓN

CANTIDAD APROBADA $_____ **FECHA DE DETERMINACIÓN**_____

APROBADA POR_____ **FECHA**_____

RECHAZADA POR_____ **FECHA**_____

MOTIVO DEL RECHAZO_____

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

SOLICITUD FINAL DE DOCUMENTACIÓN

Solicitud final de documentación

Fecha:_____

_____

_____

_____

Estimado_____**:**

Hemos recibido su solicitud para asistencia financiera. No se incluyó la siguiente documentación requerida. Envíe la documentación dentro de los 10 días o su solicitud será rechazada y deberá esperar al menos 90 días antes de volver a hacer la solicitud.

_____**Cupones de alimento o TANF:** ****Si comprueba la elegibilidad actual para recibir cupones de alimento o TANF, no necesita proporcionar ninguna otra documentación además de la carta de comprobante de elegibilidad y el formulario de solicitud completo*.***

_____ **Declaración de Impuestos Federales (formulario 1040) del año más reciente o el formulario 4506-T del IRS.**

_____ **Información financiera de los últimos tres meses (cuentas corrientes, de ahorros y certificados de depósito).**

_____ **Recibos de pago de las últimas 13 semanas (o los últimos siete recibos de pago quincenales), si los ingresos han cambiado desde la declaración de impuestos del año anterior.**

_____ **Comprobante de cualquier otro ingreso (por ejemplo, seguro social, manutención para los hijos, ingresos por alquiler, desempleo, pensión, trabajo autónomo, etc.).**

_____ **Otro:** Si no tiene ingresos, presente una declaración personal firmada que indique la fecha en que trabajó por última vez y/o la fecha de inicio de la discapacidad y cómo se pagan los gastos primarios familiares.

Otro: _____

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme al **(812) 738-7846**.

Gracias.

Stephanie Lovings
Consejera financiera

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

Fecha:_____

_____

_____

_____

Estimado_____**:**

Hemos recibido su solicitud de asistencia financiera con Harrison County Hospital. Su solicitud ha sido rechazada debido a la cantidad de su ingreso y/o recursos financieros disponibles.

Gracias por considerar Harrison County Hospital. Si tiene preguntas o dudas, no dude en llamar.

Gracias.

Stephanie Lovings
Consejera financiera

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

Fecha:_____

_____

_____

_____

Estimado_____**:**

Para que podamos ayudarle con sus gastos médicos en Harrison County Hospital, responda a la información que se indica abajo.

No puedo solicitar Medicaid o no tengo número de seguro social por los siguientes motivos:

☐ **Por creencias religiosas**
En caso afirmativo, explique:

_____

_____

Proporcione una carta de un líder local de su orden religiosa que lo confirme.

☐ **No soy ciudadano estadounidense**

_____ _____
Firma del paciente **Fecha**

Gracias.

Stephanie Lovings
Consejera financiera

1141 Hospital Drive NW • Corydon, IN 47112 • (812) 738-7846 • (800) 447-4251 ext. 2230 • Fax: (812) 738-8780

Confirmación de exención del seguro social

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

DETERMINACIÓN
DE ELEGIBILIDAD FINAL

Fecha de solicitud:_____

_____

_____

_____

Estimado_____**:**

Se ha revisado su solicitud de asistencia financiera y la determinación es la siguiente:

_____ **Su solicitud de atención no compensada se ha rechazado porque su ingreso excede los criterios de ingresos que se especifican en las Pautas Federales de Pobreza.**

_____ **Aprobación parcial: solo debe** $_____**en sus cuentas**.

_____ **Aprobación total: no tiene deudas en sus cuentas.**

_____ **Otro:**_____**La decisión desfavorable puede ser apelada por escrito a mi atención en la dirección que figura abajo dentro de los 20 días a partir de la fecha de la carta. Se pueden introducir gastos médicos para catástrofes en esta apelación-**

Los pacientes son responsables de comunicarse con cualquier otra agencia en relación con su facturación y sus políticas. Harrison County Hospital solo revisa y toma decisiones sobre caridad para las cuentas de los pacientes de Harrison County Hospital.

La presente determinación de elegibilidad solo cubre los siguientes servicios. Si tiene alguna otra cuenta de hospital que no figure en la lista, comuníquese conmigo.

N.º de cuenta	Fecha del servicio	Cantidad aprobada	Saldo deudor		N.º de cuenta	Fecha del servicio	Cantidad aprobada	Saldo deudor

CARGOS TOTALES: **$**_____

ASISTENCIA FINANCIERA TOTAL APROBADA: **$**_____

SALDO DE CUENTAS DEUDOR TOTAL: **$**_____

Si no puede pagar la totalidad de la cantidad descontada, llame al (812) 738-7846 inmediatamente para establecer acuerdos de pago. Gracias.

Atentamente.
Stephanie Lovings
Consejera financiera

Firmado:_____**Fecha:**_____

HARRISON COUNTY HOSPITAL
An affiliate of NORTON HEALTHCARE

Fecha:_____

_____

_____

_____

Estimado_____**:**

Gracias por elegir Harrison County Hospital como su proveedor de atención médica.

Entendemos que, debido a los desafíos financieros que muchos enfrentan por la situación económica actual, es posible que no pueda pagar el total de su procedimiento al momento de recibir el servicio.

N.º de cuenta

_____

Acepta pagar un depósito de $ _____

Se compromete a hacer un pago mensual de $_____**el**_____**de cada mes hasta pagar el saldo en su totalidad.**

El saldo estimado para su procedimiento es de_____**. La estimación se basa en el costo medio de este procedimiento sin complicaciones imprevistas. En el caso de que haya complicaciones, se le avisará y se le hará la facturación.**

Su próximo pago vence el_____**.**

Firme a continuación para indicar que está de acuerdo en pagar esta cuenta como se ha indicado arriba.

X_____ _____
Paciente o tutor legal Firma **Fecha**

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme al 812-738-7846.
Gracias.

Stephanie Lovings
Consejera financiera
Harrison County Hospital