

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

SOLICITUD

- El Programa de asistencia financiera brinda descuentos para los servicios cubiertos a los pacientes que califiquen.
- Complete, firme y feche la Solicitud de asistencia financiera adjunta con los documentos de verificación de ingresos requeridos y envíelos por fax o entréguelos en la ubicación donde son/serán prestados los servicios.
- La Solicitud completa será revisada para otorgar un descuento de hasta el 100 % del total de los cargos (excluido cualquier copago aplicable).
 - *Los copagos del Programa de asistencia financiera no están sujetos a otros descuentos y son los siguientes:*
 - *Tratamiento ambulatorio/prueba de diagnóstico* \$5.00
 - *Prueba de diagnóstico de alto costo/servicios de atención de emergencias* \$25.00
 - *Cirugía ambulatoria/atención en la sala de urgencias o estadía hospitalaria* \$50.00
 - ***Nota: Los copagos no se aplican a las visitas al consultorio del médico***
- Si usted no es elegible bajo el Programa de asistencia financiera y no posee seguro, recibirá automáticamente un descuento sin seguro por todos los servicios médicos cubiertos (excluye los servicios estéticos o servicios electivos).

ELEGIBILIDAD

A fin de calificar para la elegibilidad bajo el Programa de asistencia financiera, se le puede solicitar que presente todo o parte de lo siguiente:

- Una copia de la declaración fiscal del último año.
- Copias de los talones de pago actuales, si corresponde.
- Documentos adicionales para validar los ingresos de otras fuentes; los ejemplos incluyen, entre otros: manutención infantil, pensión alimenticia, compensación por accidentes de trabajo, asistencia pública, trabajo independiente, ingreso por desempleo, etc.
- Todos los ingresos familiares y los residentes deben estar descritos en la solicitud, incluyendo la verificación de residencia y las fuentes de ingreso.
- En caso de determinarse que puede ser elegible para una fuente de financiamiento alternativa durante el proceso de revisión de elegibilidad, es posible que deba completar una solicitud para el programa alternativo antes de que se le considere para el Programa de asistencia financiera, como por ejemplo: Solicitud para Asistencia de Medicaid, Conductores no asegurados, etc.

Considere lo siguiente: *El no cooperar ni buscar la elegibilidad de la cobertura para otros programas (es decir, Medicaid, discapacidad, reclamación por daños personales, compensación por accidentes de trabajo, conductores no asegurados, etc.) puede generar la denegación de la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera.*

LA ASISTENCIA FINANCIERA NO ESTÁ DISPONIBLE PARA:

- la mayoría de los copagos, deducibles y coseguros
- artículos personales, como gastos de teléfono y televisión
- servicios que no son médicamente necesarios, incluidos los procedimientos electivos, los procedimientos estéticos y los tratamientos para la infertilidad.
- los servicios cubiertos por el seguro en otra red de atención de la salud.

ASISTENCIA

Si tiene preguntas acerca de la Política de asistencia financiera, requiere asistencia para completar la Solicitud de asistencia financiera o necesita la dirección de correo postal correcta para la presentación de la solicitud completa, utilice la información que aparece a continuación:

Centro/Sistema de salud donde se prestan/prestarán los servicios	Asesor financiero	Servicio al cliente	N.º de fax del asesor financiero	Enviar por correo postal las solicitudes completas a:
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept. One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan — Saginaw	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept. 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan — Standish Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept. 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System — Tawas	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Financial Counseling Dept. 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Ascension Medical Group Physician Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C — Financial Assistance Dept. 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group Physicians St. Mary's, Standish and St. Joseph's Health System Providers	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C — Financial Assistance Dept. 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

Si está presentando (enviando por fax) información financiera u otra información que será utilizada para la consideración de la elegibilidad, asegúrese de escribir el nombre, la fecha de nacimiento y el número de cuenta del paciente (si corresponde) en el margen superior derecho de cada página enviada por fax.

Gracias por confiarnos sus necesidades de atención médica

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)					N.º de cuenta	
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de teléfono
Dirección:		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico	
N.º de Seguro Social	Empleador		Tiempo completo Medio tiempo		Hr. de trabajo/semana	
Dirección del empleador:		Ciudad	Estado	Código postal		N.º de teléfono

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE						
Nombre		Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de teléfono
Igual al anterior						
Dirección		Estado Código postal			Dirección de correo electrónico	
N.º de Seguro Social	Empleador		Tiempo completo Medio tiempo		Hr. de trabajo/semana	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal		N.º de teléfono

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE						
Nombre del cónyuge			N.º de Seguro Social		Fecha de nac.	
Empleador del cónyuge:	Dirección:		Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono

DEPENDIENTES:

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

INGRESO BRUTO MENSUAL

Ingresos del solicitante	_____
Ingresos del cónyuge del solicitante	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Pensión/ingreso por jubilación	_____
Compensación por desempleo	_____
Compensación por accidentes de trabajo	_____
Ingresos por intereses/dividendos	_____
Manutención infantil	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler de propiedad	_____
Cupones para alimentos	_____
Otros	_____
Otros	_____
INGRESO BRUTO TOTAL:	\$ _____

ACTIVOS

Efectivo disponible	_____	
Cuenta de ahorros	_____	
Cuenta corriente	_____	
Certificados de Depósito (CF)	_____	
Títulos	_____	
Seguro de vida	_____	
Otra propiedad inmobiliaria	_____	
Otros	_____	
Vehículo/marca y modelo:	Año	Valor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Acuerdos financieros:		
Seguro de vida	_____	
Herencia	_____	
Otros	_____	
VALOR DE ACTIVOS TOTALES:	\$	\$

GASTOS DE SUBSISTENCIA MENSUALES

	Pago	Saldo
Hipoteca/alquiler	_____	_____
Electricidad	_____	_____
Gas	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Agua	_____	_____
Provisiones	_____	_____
Cable de TV	_____	_____
Pagos del auto	_____	_____
Teléfono celular	_____	_____
Guardería	_____	_____
Manutención infantil/pensión alimenticia	_____	_____
Medicamentos recetados	_____	_____
Tarjetas de crédito:		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
Otras facturas del médico/hospital:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Gastos de seguro:		
1. Automóvil	_____	_____
2. Propiedad	_____	_____
3. Médico/de vida	_____	_____
Otros pagos de préstamos:		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
Otros pagos mensuales:		
cobra	_____	_____
seguro de vida	_____	_____
3.	_____	_____
GASTOS MENSUALES TOTALES:	\$	\$

COMENTARIOS:

Por la presente, declaro que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al hospital a obtener información de agencias de información crediticia si este lo considera necesario.

Fecha

Firma del Paciente, Cónyuge, Garante o Representante legal

CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Mi firma en el presente formulario certifica que todas las declaraciones y la información provistas en la solicitud para el Programa de asistencia financiera son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender, y que he revelado todos los hechos correspondientes a mi situación financiera. Comprendo y reconozco que toda interpretación errónea de cualquier información presentada en esta solicitud, o no cooperar con los esfuerzos para ser calificado para otros programas que pueden cubrir los gastos de mi atención (por ejemplo, Medicaid, reclamación por daños personales, compensación por accidentes de trabajo, conductores no asegurados, etc.) puede generar el rechazo de mi elegibilidad conforme al Programa de asistencia financiera y que seré económicamente responsable por los servicios brindados. Acepto permitir que los representantes autorizados del proveedor o el hospital soliciten y revisen un informe de mi historial crediticio, y tomen otras medidas razonables para verificar y validar toda la información brindada en esta solicitud. Comprendo que, si califico para los descuentos de menos del 100 %, seré responsable del pago de la parte restante de mi(s) factura(s).

Firma del paciente/parte responsable: _____ **Fecha:** _____



CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE INGRESOS (COMPLETAR SOLO SI LA SOLICITUD SE PRESENTA CON CERO INGRESOS)

Actualmente, me encuentro desempleado y no tengo fuente de ingresos. Mis gastos de subsistencia se están pagando y obteniendo como se detalla a continuación:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Para ser completado únicamente por el Administrador del Programa de asistencia financiera (F.A.P.)

Verificación de ingresos/dependiente/gastos	
Total de ingresos verificado (todas las fuentes)	
Total de dependientes verificado	
Total de gastos verificado	

Método utilizado por el F.A.P. Determinación de la elegibilidad (marque todo lo que corresponda)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Comprobación de recursos
<input checked="" type="checkbox"/>	Supuesto; tipo de supuesto:
<input checked="" type="checkbox"/>	Escala variable

Otra consideración en el F.A.P. Determinación de la elegibilidad	

F.A.P. Determinación/estado de la elegibilidad	
<input type="checkbox"/> Aprobada	% de descuento:
<input type="checkbox"/> Pendiente	Motivo:
<input type="checkbox"/> Rechazada	Motivo:
<i>Evaluación y determinación completadas por: Nombre: Teléfono:</i>	

F.A.P. Notificación de determinación	
Fecha en que se notificó al solicitante:	
F.A.P. Método de notificación al solicitante	
<input type="checkbox"/>	Notificado por teléfono; nombre de la persona que recibió la notificación:
<input type="checkbox"/>	Notificado por correspondencia de los EE. UU. (copia de la carta en archivo)
<input type="checkbox"/>	Notificado mediante otro método: Describir:
<i>Notificación completada por: Nombre: Teléfono:</i>	

F.A.P. Procesamiento de la cuenta			
N.º de cuenta	Monto procesado/ajustado	N.º de cuenta	Monto procesado/ajustado

Fecha:	Procesado/ajustado por: Nombre:		Teléfono: