



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 1 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde) Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			Fecha de entrada en vigencia 01/01/2025

### **Principio:**

Definir la política y el procedimiento correctos para determinar y conceder rebajas para la atención comunitaria y descuentos por pago por cuenta propia.

### **Concepto:**

Como un hospital de beneficencia sin fines de lucro, Fort HealthCare, Inc. (FHC) reconoce que determinados individuos responsables no podrán pagar los servicios prestados a ellos o a sus familiares directos. La definición de “familia” de Fort HealthCare incluye todo cónyuge, ancestro, hijo, nieto, bisnieto y cónyuges de hijos, nietos y bisnietos.

La política de FHC es aplicar rebajas en atención comunitaria después de completar una evaluación del estado financiero del paciente. FHC proporciona rebajas en la atención comunitaria tras una cuidadosa consideración de determinados lineamientos. Se insta a las personas cuyos ingresos son de un 200 % del FPL (nivel federal de pobreza) o superiores a solicitar los servicios a través de la Rock River Community Clinic (RRCC). En este centro se proporcionan servicios de atención de la salud gratuitos si los ingresos son de hasta un 200 % del FPL.

Se espera que los individuos cooperen con el proceso de atención comunitaria de Fort HealthCare. Esto puede incluir pedir recursos adicionales en la solicitud de atención comunitaria. En aquellos casos en los que un paciente sea elegible para recibir ayuda financiera, pero no haya pruebas disponibles, Fort HealthCare puede usar agencias externas para determinar la elegibilidad y ayudar con este tema. Esto no corresponde para las personas que tienen ingresos en un 200 % del FPL o superior.

Los pacientes con pago por cuenta propia son aquellos que no tienen un seguro de salud porque no son elegibles para recibir una cobertura de seguros o los servicios no tienen cobertura de una póliza de seguros de salud o un programa estatal, gubernamental, de responsabilidad o de compensación de trabajadores.

Fort HealthCare proporcionará atención de las afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago. Puede que no se les cobre a los individuos elegibles más de los importes que generalmente se facturan por la atención de emergencia o de otro tipo médicamente necesaria. En el Apéndice A, se define la metodología de los importes facturados generalmente (AGB).

En la consideración de la necesidad de asistencia financiera no se tienen en cuenta la edad, el género, el sexo, la raza, el color, el estado social o de inmigrante, el origen nacional, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género ni las afiliaciones religiosas.

Esta política abarca todos los departamentos de Fort HealthCare, incluidas las clínicas de médicos de Fort Medical Group. Consulte el Apéndice B adjunto para conocer la cobertura específica.

Se publicará el Programa de atención comunitaria para los pacientes en el sitio web de Fort HealthCare y en sus plataformas de redes sociales. Además, se mostrarán carteles de forma prominente en las áreas de espera de los pacientes de Fort HealthCare en un lenguaje que indique, como mínimo, que “nadie verá negado el acceso a los servicios por incapacidad de pago; hay un programa de honorarios con descuento/reducidos disponible según el tamaño y el ingreso de la familia”.

### **Lineamientos generales de atención comunitaria**

1. Se encuentran disponibles descuentos para la atención comunitaria para las personas elegibles que vivan en nuestras zonas de servicios principales y secundarias que requieran de tratamiento médicamente necesario, pero que no puedan pagar estos servicios. La elegibilidad para la atención comunitaria se extenderá a las personas cuyos ingresos familiares no sean superiores a los de los lineamientos de pobreza de la Administración de Servicios Comunitarios (consulte el **documento adjunto n.º 1: Tabla de**



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 2 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde) Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			Fecha de entrada en vigencia 01/01/2025

**descuentos para la atención comunitaria**). Las personas que tengan ingresos equivalentes o superiores al 200 % de los lineamientos quedarán eximidas del pago de las facturas pendientes. Las personas que tengan ingresos superiores al 200 % de los lineamientos, pero no más de un 400 % de estos, serán elegibles para una reducción de los importes de la atención comunitaria. FHC adoptará de forma automática los lineamientos federales de pobreza más recientes en el término de 30 días desde que el gobierno federal los publique.

- Solo se considerarán los descuentos para la atención comunitaria tras una cuidadosa revisión de las cuentas del paciente. En el caso de los pacientes que tengan ingresos equivalentes o superiores al 200 % de los lineamientos de pobreza de la Administración de Servicios Comunitarios, la consideración para la cobertura se basará exclusivamente en los ingresos y el tamaño de la familia. En el caso de los pacientes cuyos ingresos superen el 200 % de los lineamientos de pobreza de la Administración de Servicios Comunitarios, se aplicará la atención comunitaria en el saldo de todos los pacientes elegibles después de pagos de seguros y de terceros y de ajustes contractuales. El candidato para la atención comunitaria debe completar un **cuestionario financiero** firmado (consulte el **documento adjunto n.º 2**) al enviar de vuelta el cuestionario gratuito enviado por el asesor financiero de pacientes de FHC o en línea en [www.forthhealthcare.com](http://www.forthhealthcare.com). Se puede coordinar una cita con nuestro defensor financiero de pacientes para que lo ayude a presentar la solicitud sin costo alguno.

Los dependientes legales deben figurar como tales si figuran como dependientes en las declaraciones de impuestos más recientes o si viven en su residencia. En los ingresos brutos en el cuestionario se deben incluir todos los ingresos familiares y se debe presentar el material de respaldo (es decir, las declaraciones de impuestos más recientes, los 3 comprobantes de pago más recientes, los formularios W-2, los formularios de compensación por desempleo, las cartas de los empleadores, etc.). Si un candidato de atención comunitaria indica que no ha percibido ingresos, puede que se le solicite una copia de una carta del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral en la que indique que no cobra una compensación por desempleo. También puede que se solicite una copia de la carta en la que se verifique el rechazo de los beneficios de Medicaid (no se requiere de una carta o solicitud de Medicaid en el caso de las personas cuyos ingresos son equivalentes o superiores al 200 % del FPL). Si el candidato para atención comunitaria aún no ha presentado una solicitud para Medicaid o un seguro a través de Marketplace, deberá hacerlo antes de que se procese la solicitud. Si el candidato para atención comunitaria devuelve el cuestionario sin las pruebas suficientes de ingresos o si no se ha proporcionado otra información, nos contactaremos por teléfono o carta para hablar sobre otras pruebas de ingresos disponibles. Si no se presentan los documentos o la información que se solicitaron dentro de los 60 días desde el contacto, puede que se rechace la aprobación de la atención comunitaria por falta de cooperación en responder el cuestionario.

- FHC reconoce que puede que haya instancias en las que los ingresos del candidato de atención comunitaria superen los indicados en los lineamientos antes mencionados, pero sus gastos también superan sus ingresos, lo que los hace incapaces de aceptar cargas financieras adicionales. Puede que para estos individuos sea apropiado un descuento de atención comunitaria.
- Se espera que los pacientes con cuentas personales de salud con ventajas impositivas, como las cuentas de ahorros de salud, los acuerdos de reembolso de gastos de salud o las cuentas de gastos flexibles, usen estos fondos antes de contar con la aprobación correspondiente para recibir ayuda financiera.



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 3 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde)			Fecha de entrada en vigencia
Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			01/01/2025

5. Tras la revisión de un cuestionario financiero completado, el asesor financiero del paciente realizará una recomendación para la atención comunitaria. El director del ciclo de ganancias aprobará las recomendaciones inferiores a \$5000 y el vicepresidente sénior de Desarrollo Estratégico y Finanzas, o el presidente o director ejecutivo, aprobará las superiores a \$5000. Una vez aprobada la atención comunitaria, el individuo recibirá un aviso por escrito de FHC y un estado de cuenta actualizado en el que se reflejen los nuevos saldos ajustados.
6. Si se aprueba la atención comunitaria parcial, el asesor financiero de pacientes se pondrá en contacto con el individuo para elaborar un plan de pago aprobado para el saldo restante. Si el individuo no cumple con el plan de pago, FHC se reserva el derecho a delegar el cobro de esos saldos a una agencia de cobro.
7. Fort HealthCare ha revisado la política y los procedimientos de atención de beneficencia de RRCC y ha determinado que su proceso es, en gran medida, similar al de Fort HealthCare. FHC usará los datos recopilados por RRCC para procesar las derivaciones de RRCC de los descuentos en la atención de beneficencia de FHC.
8. FHC reconoce que algunos pacientes no podrán cumplir con los procesos tradicionales de FAP, o no responderán a ellos, y, en un intento de eliminar los obstáculos para estos pacientes y mejorar los beneficios comunitarios, FHC puede usar un proceso electrónico de evaluación antes de la asignación de deudas incobrables después de que se han agotado todas las demás fuentes de financiación; y que la información presentada mediante este proceso electrónico constituirá la documentación adecuada conforme a la política de FHC; y en función de la elegibilidad del paciente en este proceso se proporcionará la asistencia financiera más generosa y no se asignará a una deuda incobrable. Se revisará el informe crediticio del cliente de Transunion. La presunta atención es para un determinado período y abarca tipos de servicios y pacientes muy específicos. Por ejemplo:
  - a. Los pacientes que están encarcelados durante más de 2 años.
  - b. Los pacientes que no viven en el área y que probablemente nunca regresen.
  - c. Los pacientes que viven aquí ilegalmente y que no tienen acceso a un seguro de salud.
  - d. Las personas sin hogar.
  - e. Las personas elegibles para Medicaid, pero no en la fecha de servicio.
  - f. Los individuos que han fallecido y que no tienen patrimonio.

A los individuos elegibles para un presunto descuento de elegibilidad no se les solicitará ni pedirá que presenten una solicitud de atención comunitaria.

9. Si un paciente considera que se tomó una determinación incorrecta, puede presentar una apelación. Se le pedirá al paciente que documente los factores que cambiarían el resultado.
10. Se aceptarán las solicitudes de atención comunitaria para las fechas de servicio abiertas. Los saldos del paciente que tengan más de 240 días desde la fecha del servicio que se han enviado a las agencias de cobro no son elegibles para el FAP. Las aprobaciones de la atención comunitaria tendrán validez durante un año calendario y no se extenderán de forma automática a futuros servicios prestados por Fort HealthCare, Inc., pero posiblemente se revisen una vez por año.
11. Las solicitudes de los pacientes recientemente desempleados o los garantés se conservarán durante 3 meses con la intención de que se vuelva a contratar al solicitante en un futuro cercano. Luego de transcurridos los 3 meses, el solicitante deberá proporcionar una actualización sobre su estado de empleo. FHC revisará el estado, y se tomará una decisión sobre si se extenderá la conservación de la solicitud o si se procesará.
12. FHC puede, en cualquier momento y con la aprobación de la Junta de Directores de FHC, revisar los criterios de determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera.



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 4 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde)			Fecha de entrada en vigencia
Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			01/01/2025

13. A los individuos elegibles no se les cobrará más de los importes que generalmente se facturan por la atención de emergencia o de otro tipo médicamente necesaria.

### Lineamientos generales sobre los pagos por cuenta propia

1. Se espera que los individuos elegibles paguen el equivalente de los importes facturados generalmente por los servicios médicamente necesarios, en función de lo que determine su proveedor médico calificado.
2. Los individuos que vivan fuera de las áreas de servicio principales o secundarias y que no tengan seguro, recibirán un descuento por pago por cuenta propia, pero deberán pagar los servicios con antelación o en el momento de la prestación del servicio según corresponda.
3. El descuento por pago por cuenta propia del 67 % se aplicará de forma automática una vez que la oficina comercial determine que la cuenta cumple con los criterios anteriores y que se han publicado todos los cargos a la fecha del servicio.
4. El descuento de pago por cuenta propia se revisará cada año para garantizar el porcentaje correcto.

### Servicios no cubiertos por FAP

Por lo general, será elegible para el descuento la atención de emergencia y la médicamente necesaria. Los descuentos por pago por cuenta propia y de atención comunitaria no se aplicarán a los siguientes tipos de servicios prestados por Fort HealthCare:

1. Servicios que el médico que realiza el examen considera que no son médicamente necesarios.
2. Servicios que se consideran minoristas por naturaleza (por ejemplo, audífonos y exámenes de audición electivos, inyecciones y exámenes de alergias, terapia en cabina de luz de dermatología)
3. Procedimientos y tratamientos de la fertilidad y de la infertilidad (incluido el control de la natalidad)
4. Costos de las citas a las que faltó
5. Servicios bariátricos
6. Cuentas impagas de más de 240 días que hemos asignado a una agencia de cobro
7. Costos de litigio
8. Procedimientos experimentales o de investigación, incluidos los estudios y ensayos clínicos
9. Servicios de estética

Esta lista no es exhaustiva. Consulte al asociado de la oficina comercial para conocer los servicios específicos.

### Medidas que posiblemente se tomen en caso de falta de pago:

Fort HealthCare informará a todos los pacientes en el momento del servicio que pueden llegar a ser elegibles para tarifas con descuento. Fort HealthCare enviará 4 declaraciones a cada individuo elegible con un lenguaje cada vez más fuerte para lograr cobrar los saldos pendientes de pago. Las declaraciones incluirán invitaciones para las personas elegibles para que se comuniquen con el asesor financiero del paciente en caso de que no puedan pagar el saldo que deben.

Durante el período en que Fort HealthCare envíe las 4 declaraciones, Fort HealthCare puede 1) intentar llamar a la persona elegible para hablar sobre la forma en que cancelará los saldos adeudados (incluso se le promoverá presentar una solicitud para la atención comunitaria) o 2) solicitar un cheque de crédito a una agencia de cobro.

Después de la 4.<sup>a</sup> declaración o 120 días después de la fecha de la primera declaración de facturación posterior al



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 5 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde) Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			Fecha de entrada en vigencia 01/01/2025

alta del garante, Fort HealthCare solicitará la ayuda de una agencia de cobro para que cobre los saldos pendientes de pago. La agencia de cobro intentará ponerse en contacto con la persona elegible por correo o teléfono para cobrar esta deuda y presentará el aviso de ECA (acción de cobro extraordinaria). Si no se realiza el pago, la agencia proporcionará un aviso 30 días antes de la intención de tomar una o todas las siguientes medidas: 1) reportar la información adversa sobre el individuo elegible a una agencia de informe crediticio del consumidor o junta de crédito, 2) aplicar un gravamen en la propiedad del individuo elegible, 3) presentar una demanda de casos menores o 4) embargarle el sueldo al individuo.

La agencia aceptará las solicitudes de asistencia financiera si (a) están dentro de los 240 días desde la fecha de la primera factura posterior al alta o (b) si es posterior, 30 días desde la fecha de la notificación de la ECA. Si un individuo presenta una solicitud, todas las ECA quedarán suspendidas mientras esta se revisa. Si la solicitud está incompleta, FHC se pondrá en contacto con el individuo por correo o teléfono. Si no se recibe la información faltante o incompleta en el término de 60 días desde la fecha del contacto, la solicitud se denegará y se reanudarán las actividades de cobro.

FHC ha celebrado un acuerdo por escrito legalmente vinculante para asignar la deuda a la agencia de cobro de FHC para garantizar que no se realice ninguna ECA para obtener el pago de atención hasta tomar todas las “medidas razonables”.

Es la obligación del individuo responsable proporcionar una dirección de correo correcta en el momento del servicio o después de mudarse. Si una cuenta no tiene una dirección válida, se tomará la determinación de “medidas razonables”. Si se envía una declaración a un paciente o a un garante y se devuelve porque no se pudo entregar, FHC intentará encontrar la dirección correcta. Si no se puede encontrar la dirección correcta, FHC intentará comunicarse con el paciente o el garante por teléfono al número indicado por el paciente o el garante. Si los esfuerzos por comunicarse con el paciente o el garante resultan infructuosos, se enviarán las cuentas a una agencia de cobro.

Los pacientes conocerán las opciones de asistencia financiera a través de los empleados del hospital, los empleados de los servicios financieros para los pacientes, los carteles publicados y el sitio web de FHC. En los folletos y en las facturas de pacientes también se incluye información sobre la asistencia financiera. Se encuentran disponibles la solicitud y la política de asistencia financiera en español. Se proporcionan de forma gratuita y a solicitud las copias de nuestra política de asistencia financiera y nuestra política de facturación y cobro, donde figuran las medidas que FHC puede tomar en caso de falta de pago.

### Apéndice A

#### **Cálculo de los importes generalmente facturados (AGB):**

FHC ha adoptado un método retrospectivo para determinar el cálculo de AGB. Esto se basa en los reclamos del año fiscal previo que se permitieron en materia de atención médica, lo que incluye atención de emergencia y de otro tipo médicamente necesaria para Medicare y todas las aseguradoras privadas divididos por los costos brutos totales para FHC. En todos los servicios provistos por FHC (incluidas las clínicas y los consultorios médicos) se usará el mismo porcentaje de descuento.

### Apéndice B

#### **Proveedores y servicios cubiertos conforme a la política de ayuda financiera de Fort HealthCare:**

- Se aplica a todos los servicios y departamentos del Fort Memorial Hospital.
- Aplica a todas las clínicas médicas de Fort HealthCare; Nota: Esto incluye a todas las clínicas rurales de atención de la salud (FHC Integrated Family Care Clinic, FHC Whitewater Clinic, FHC Jefferson Clinic, FHC Johnson Creek Clinic, FHC Center for Women’s Health Clinic y FHC Internal Medicine and Pediatrics Clinic).



## Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 6 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde)			Fecha de entrada en vigencia
Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			01/01/2025

**Proveedores y servicios no cubiertos conforme a la política de ayuda financiera de Fort HealthCare**  
(Consulte a los proveedores individuales para conocer las opciones de ayuda financiera específicas).

Patología asociada	University of Wisconsin Laboratories
Southern WI Emergency Assn (SWEA)	United States Drug Testing Laboratories, Inc.
SSM/St. Mary's Hospital – Madison, WI	Ariosa Diagnostics, Inc.
Associated Pathologists, S.C.	Aspira Labs
Wisconsin Diagnostic Laboratories	Versiti Blood Center
Labcorp	Clínicas y consultorios médicos ubicados dentro del área de servicio de FHC y afiliados con FHC.
Mayo Clinic Laboratories	Derivaciones realizadas por los proveedores de FHC a los proveedores fuera del área de servicio de FHC.
Wisconsin State Laboratory of Hygiene	Aegis Laboratory Services
University of Wisconsin Medical Foundation	

<u>Fecha original</u> 11/03/1998			
<u>Revisión del Comité/Unidad</u>	<u>Revisado</u>	<u>Revisado/Sin cambios</u>	<u>Fecha</u>
J. Nelson, SVP/CFO	X		05/2002
J. Nelson, SVP/CFO	X		05/2005
Junta de FHC	X		05/2010
Junta de FHC	X		03/01/2011
Junta de FHC	X		03/06/2012
Junta de FHC	X		03/05/2013
Junta de FHC	X		05/02/2017
Junta de FHC	X		05/07/2019
Junta de FHC	X		11/02/2021
Junta de FHC	X		03/01/2022
Comité de Finanzas de FHC	X		04/01/2022
Comité de Finanzas de FHC	X		08/24/2023
Comité de Finanzas de FHC	X		
Junta de FHC	X		03/04/2025
Ciclo de ingresos de FHC	X		3/19/2026
Comité de Finanzas de FHC	X		3/24/2026



## Política de asistencia financiera

Departamento

Servicios financieros para el paciente

Número de documento  
0001

Página 7 de 10

Política y procedimiento

Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde)

Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC

Fecha de entrada en vigencia

01/01/2025

### Documento adjunto 1

### Tabla de descuentos de atención comunitaria de 2026

- Descuentos en cuentas de hasta un 200 % respecto de los lineamientos federales de pobreza, con una escala variable de hasta un 400 % de los FPG
- En el caso de las cuentas en las que corresponde un ajuste catastrófico, el descuento será mayor al porcentaje calculado o la diferencia del saldo de las cuentas y los pagos totales de planes de pago.

% de FPG	Descuento	Tamaño de la familia / Ingresos de la vivienda							
		1	2	3	4	5	6	7	*8
100%	100%	\$15,960	\$21,640	\$27,320	\$33,000	\$38,680	\$44,360	\$50,040	\$55,720
110%	100%	\$17,556	\$23,804	\$30,052	\$36,300	\$42,548	\$48,796	\$55,044	\$61,292
120%	100%	\$19,152	\$25,968	\$32,784	\$39,600	\$46,416	\$53,232	\$60,048	\$66,864
130%	100%	\$20,748	\$28,132	\$35,516	\$42,900	\$50,284	\$57,668	\$65,052	\$72,436
140%	100%	\$22,344	\$30,296	\$38,248	\$46,200	\$54,152	\$62,104	\$70,056	\$78,008
150%	100%	\$23,940	\$32,460	\$40,980	\$49,500	\$58,020	\$66,540	\$75,060	\$83,580
160%	100%	\$25,536	\$34,624	\$43,712	\$52,800	\$61,888	\$70,976	\$80,064	\$89,152
170%	100%	\$27,132	\$36,788	\$46,444	\$56,100	\$65,756	\$75,412	\$85,068	\$94,724
180%	100%	\$28,728	\$38,952	\$49,176	\$59,400	\$69,624	\$79,848	\$90,072	\$100,296
190%	100%	\$30,324	\$41,116	\$51,908	\$62,700	\$73,492	\$84,284	\$95,076	\$105,868
200%	100%	\$31,920	\$43,280	\$54,640	\$66,000	\$77,360	\$88,720	\$100,080	\$111,440
210%	90%	\$33,516	\$45,444	\$57,372	\$69,300	\$81,228	\$93,156	\$105,084	\$117,012
220%	80%	\$35,112	\$47,608	\$60,104	\$72,600	\$85,096	\$97,592	\$110,088	\$122,584
230%	70%	\$36,708	\$49,772	\$62,836	\$75,900	\$88,964	\$102,028	\$115,092	\$128,156
240%	60%	\$38,304	\$51,936	\$65,568	\$79,200	\$92,832	\$106,464	\$120,096	\$133,728
250%	50%	\$39,900	\$54,100	\$68,300	\$82,500	\$96,700	\$110,900	\$125,100	\$139,300
260%	40%	\$41,496	\$56,264	\$71,032	\$85,800	\$100,568	\$115,336	\$130,104	\$144,872
270%	35%	\$43,092	\$58,428	\$73,764	\$89,100	\$104,436	\$119,772	\$135,108	\$150,444
280%	30%	\$44,688	\$60,592	\$76,496	\$92,400	\$108,304	\$124,208	\$140,112	\$156,016
290%	25%	\$46,284	\$62,756	\$79,228	\$95,700	\$112,172	\$128,644	\$145,116	\$161,588
300%	20%	\$47,880	\$64,920	\$81,960	\$99,000	\$116,040	\$133,080	\$150,120	\$167,160
320%	20%	\$51,072	\$69,248	\$87,424	\$105,600	\$123,776	\$141,952	\$160,128	\$178,304
340%	15%	\$54,264	\$73,576	\$92,888	\$112,200	\$131,512	\$150,824	\$170,136	\$189,448
360%	15%	\$57,456	\$77,904	\$98,352	\$118,800	\$139,248	\$159,696	\$180,144	\$200,592
380%	10%	\$60,648	\$82,232	\$103,816	\$125,400	\$146,984	\$168,568	\$190,152	\$211,736
400%	10%	\$63,840	\$86,560	\$109,280	\$132,000	\$154,720	\$177,440	\$200,160	\$222,880

\*Si hay más de 8 personas en la vivienda/familia, se agregan \$5,550 por persona adicional



# Política de asistencia financiera

## Política y procedimiento

Departamento

Servicios financieros para el paciente

Número de documento  
0001

Página 8 de 10

Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde)

Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC

Fecha de entrada en vigencia

01/01/2025

## Documento adjunto 2

### ATENCIÓN COMUNITARIA DE FORT HEALTHCARE CUESTIONARIO FINANCIERO

Para solicitar el programa de atención comunitaria de Fort HealthCare para saldos pendientes de personas cuyos ingresos se determinen como superiores al 200 % de las pautas de pobreza de la Administración de Servicios Comunitarios, se debe proporcionar la siguiente información. La información financiera debe incluir todos los ingresos del solicitante y su cónyuge o cogarante. Complete todos los campos y coloque "Ninguno" cuando corresponda.

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre mm dd aaaa

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal Condado

Número de teléfono del hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o cogarante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre mm dd aaaa

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal Condado

Número de teléfono del hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL EMPLEO

Empleador del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Duración del empleo: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge o cogarante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Duración del empleo: \_\_\_\_\_



# Política de asistencia financiera

<b>Política y procedimiento</b>	Departamento	Número de documento	Página 9 de 10
	Servicios financieros para el paciente	0001	
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde) Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC			Fecha de entrada en vigencia 01/01/2025

## ATENCIÓN COMUNITARIA DE FORT HEALTHCARE CUESTIONARIO FINANCIERO (continuación)

- ¿Presentó o presentará una declaración de impuestos para el año anterior?  Sí  No  
 ¿Está listado como dependiente en los formularios de impuestos de otra persona?  Sí  No

### HIJOS DEPENDIENTES QUE VIVEN EN SU HOGAR

			<u>mm</u>	<u>dd</u>	<u>aaaa</u>
Nombre: _____	Relación _____	Fecha de nacimiento	____/____/____		
Nombre: _____	Relación _____	Fecha de nacimiento	____/____/____		
Nombre: _____	Relación _____	Fecha de nacimiento	____/____/____		
Nombre: _____	Relación _____	Fecha de nacimiento	____/____/____		
Nombre: _____	Relación _____	Fecha de nacimiento	____/____/____		

### INGRESOS

#### **Ingreso bruto mensual:**

Salario del solicitante: \$ \_\_\_\_\_  
 Salario del cónyuge: \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos del Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_  
 Beneficios de sobreviviente \$ \_\_\_\_\_

#### **Pensiones y otros ingresos:**

Beneficios de veterano: \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia/manutención infantil \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión/jubilación: \$ \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_

¿Hay algún miembro adulto en la vivienda mayor de 18 años que contribuya a los ingresos del hogar y genere gastos para el hogar?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

#### **Presente los siguientes documentos:**

- Formulario más reciente de declaración de impuestos federales y estatales  Denegación de Medicaid  
 3 recibos de sueldo más recientes
- Si recibe el Seguro Social, proporcione una copia de su extracto bancario que muestre el depósito, una carta reciente de determinación de beneficios o una copia de su cheque del Seguro Social.
  - Si no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo de la persona que lo asiste financieramente.
  - Incluya la documentación que muestre pruebas de pagos mensuales de pensión o jubilación.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

#### **¿Tiene actualmente un seguro de salud?**

Sí: Nombre de la compañía del seguro de salud: \_\_\_\_\_  
 No: ¿Ha solicitado uno en el Mercado de Seguros Médicos?  Sí: Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  No; en caso negativo, explique:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enumere toda la información adicional pertinente a esta solicitud:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Preferencia de monto de cuota mensual de Fort HealthCare: \$ \_\_\_\_\_



**Política y  
procedimiento**

**Política de asistencia financiera**

Departamento Servicios financieros para el paciente	Número de documento 0001	Página 10 de 10
Aprobación administrativa o del Comité (si corresponde) Director de Finanzas/Comité de Finanzas de FHC		Fecha de entrada en vigencia 01/01/2025

ATENCIÓN COMUNITARIA DE FORT HEALTHCARE  
CUESTIONARIO FINANCIERO *(continuación)*

Afirmo que esta declaración sobre mi situación financiera es veraz y completa. Autorizo a Fort HealthCare o a sus agentes a verificar la información obtenida en esta declaración y a obtener información adicional sobre mi situación financiera y a proporcionarla a terceros. Comprendo que es un delito federal punible con multa, prisión o ambas hacer a sabiendas declaraciones falsas sobre alguna de la siguiente información, según corresponda conforme las disposiciones del Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1014. Acepto notificar a Fort HealthCare por escrito sobre cualquier cambio que afecte de forma material la exactitud de esta declaración. Esta declaración es propiedad de Fort HealthCare.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o cogarante

\_\_\_\_\_  
Fecha