

SOUTHWEST
Health System, Inc.

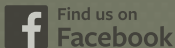
Where Caring and Community Come Together

> ***Programa
de Ayuda
Financiera***

Financial Counselor, PFS Department
Telephone: 970-564-2130

Southwest Health System, Inc.
Attn: Financial Counselor, PFS Department
1311 North Mildred Road
Cortez, CO 81321

Online at SWHealth.org
iVantage Top 100 Facility



Revisado por: Audrey M. Sanders, directora de Servicios Financieros para Pacientes Fecha: 1/17/2014

Aprobado por: Director ejecutivo de Finanzas Fecha: 2/24/2014

Aprobado por: Gerente general Fecha: 7/15/2013

Aprobado por: Directorio de SHS Fecha: 7/27/2013

PROPÓSITO:

En este documento se establecen responsabilidades para Southwest Health System, Inc. (SHS) y sus pacientes y/o la(s) persona(s) responsable(s) de la ayuda financiera para cuidados de salud médicamente necesarios.

ALCANCE:

Southwest Health System, Inc., sus pacientes y/o la(s) persona(s) responsable(s).

DEFINICIONES:

- **Sin seguro:** paciente no cubierto por seguro.
- **Con seguro inadecuado:** el seguro del paciente es inadecuado en el aspecto financiero.
- **Indigente a los efectos del seguro de salud:** el paciente y/o la(s) persona(s) responsable(s) cuentan con un ingreso insuficiente en relación a los gastos médicos y no les es posible pagar por los servicios médicamente necesarios.
- **Cuenta del paciente:** encuentro durante el cual se le proporcionan servicios médicos a un individuo.
- **Persona(s) responsable(s):** Persona o personas legalmente responsables del pago por los cargos o servicios proporcionados a un paciente.
- **Familia:** el paciente, su cónyuge (incluyendo un concubino legal) y sus dependientes legales según los reglamentos del Servicio de Impuestos Interno (IRS, por su sigla en inglés).
- **Grupo familiar:** familia y su ingreso y gastos.
- **Ingresos:** sueldos brutos, salarios, beneficios del Seguro Social, indemnización por desempleo, indemnizaciones por accidentes de trabajo, ayuda económica habitual de familiares que no viven en el hogar, pensiones gubernamentales, pensiones privadas, donaciones habituales y otro dinero que se reciba de manera habitual.

- **Gastos admisibles:** SHS considera como gastos admisibles los pagos efectivamente realizados de guardería, cuidados para personas mayores, manutención de hijos, pagos de pensión alimenticia y primas de seguros de salud. Los gastos médicos pendientes también se considerarán.
- **Medicamento necesarios:** todos aquellos servicios médicos que se consideren necesarios según lo establecido por el Departamento de Políticas y Finanzas de Cuidado de Salud 10 CCR 25505-10, Sección 8.706.1.8. No se incluyen los servicios cosméticos.
- **Bajo ingreso:** ingreso anual familiar inferior al 250 por ciento del nivel federal de pobreza publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- **Período de notificación:** es el período durante el cual SHS debe notificar a un individuo del Programa de Ayuda Financiera. Comienza en la fecha en que se presta la atención médica al paciente y vence a los 120 días contados a partir de que SHS le entregue al paciente el primer estado de cuenta por el servicio prestado. Si SHS cumplió con todos los requisitos de notificación, pero el individuo no presentó una solicitud antes de vencer el plazo, SHS podrá tomar medidas extraordinarias de cobranza (ECA, por sus siglas en inglés).
- **Período de solicitud:** es el período durante el cual SHS puede aceptar solicitudes del Programa de Ayuda Financiera entregadas por un individuo. El plazo vence a los 240 días contados a partir de que SHS le haya entregado al paciente el primer estado de cuenta.
- **Medidas extraordinarias de cobranza (ECA, por sus siglas en inglés):** se trata de medidas que exigen a SHS iniciar acciones legales o judiciales en contra de un individuo con el fin de obtener el pago de una factura por la atención cubierta por el FAP.
- **Cargos con descuento:** la cantidad adeudada por el paciente y/o la(s) persona(s) responsable(s) a cargo de las cuentas del paciente que han sido reducidos debido a que el paciente cumple con los requisitos para ser miembro del Programa de Ayuda Financiera. A los participantes que cumplan con los requisitos del Programa de Ayuda Financiera no se les cobrará más de lo que paga Medicare, cuyos pagos son inferiores a lo que cualquier plan médico privado le paga a SHS.
- **Servicios cubiertos:** servicios médicamente necesarios prestados por cualquier entidad de Southwest Health System, Inc.

MATERIALES/EQUIPO:

Hoja de trabajo A 02-132A

Hoja de trabajo B 02-132B

Hoja de trabajo C 02-132C

Cualquier sistema utilizado para procesar reclamos para cuentas de pacientes.

NORMA:

Southwest Health System Inc. (SHS) se dedica a brindar servicios de atención médica necesarios para preservar la salud. Estos servicios se ofrecen a todas las personas, independientemente de la edad, raza, color de piel, discapacidad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, religión, estado civil, afiliación política, condición de veterano, capacidad de pago o información genética.

Con el objetivo de ayudar a la atención de dichas necesidades médicas, SHS podrá ofrecer ayuda financiera a los pacientes que necesitan servicios médicos y que no pueden hacer frente a sus obligaciones financieras, ya sea porque tienen bajos ingresos y no cuentan con seguro, porque cuentan con un seguro que no tiene cobertura suficiente o porque son indigentes a los efectos del seguro de salud.

En el sitio web de SHS y en las áreas públicas de SHS encontrará información acerca del Programa de Ayuda Financiera de SHS. Esta información también se proporciona a petición, al registrarse y en las facturas del período de notificación. Esta información se brinda de manera clara y comprensible y gratuita.

El Programa de Ayuda Financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que la persona o personas responsables colaboren con SHS para obtener otras formas de pago o ayuda financiera, y paguen parte del costo de la atención según su capacidad de pago.

Nuestro Programa de Ayuda Financiera se basa en que los pacientes o las personas responsables brinden y presenten información financiera verdadera y precisa. Se excluirá automáticamente de cualquier tipo de consideración en relación con este programa a los pacientes o personas responsables que intencionalmente realicen declaraciones falsas sobre la información de su grupo familiar. La determinación de la intencionalidad de las declaraciones falsas es un derecho exclusivo de SHS.

Esta política y todo material asociado con la misma se actualizan anualmente de conformidad con las pautas federales de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

PROCEDIMIENTO:

Una persona podrá solicitar información sobre, o una solicitud para, el Programa de Ayuda Financiera por correo, por teléfono o personalmente al contactar a:

Southwest Health System, Inc.

Atención: Asesoramiento financiero para pacientes

1311 N. Mildred Road

Cortez, CO 81321

Teléfono: (970) 564-2130

Correo electrónico: insurancequestions@swhealth.org

Los pacientes deberán contar con una cuenta de paciente vigente durante el período de solicitud para poder solicitar ser miembros del Programa de Ayuda Financiera. SHS se esforzará por ayudar a los individuos a encontrar fuentes de financiamiento — por ejemplo: Medicaid, seguro comercial, el Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP, por sus siglas en inglés), etc.— antes de procesar las solicitudes. Puede que se requiera un comprobante de denegación de fuentes de financiamiento previo a la aprobación de la solicitud del Programa de Ayuda Financiera.

Requisitos para participar:

Se determinará si los pacientes reúnen los requisitos del Programa de Ayuda Financiera en base a información demográfica y financiera. Los casos de pacientes que sean indigentes a los efectos del seguro de salud se revisarán individualmente. Para cumplir con los requisitos, los pacientes o las cuentas de pacientes deberán:

- Carecer de seguro o contar con un seguro insuficiente para cubrir los gastos
- Requerir servicios necesarios por razones médicas.
- Ser residentes de Colorado al momento de recibir los servicios.
- Presentar comprobante de presencia legal en EE. UU.
- Contar con ingresos brutos (sin impuestos) menos gastos admisibles iguales o inferiores al 250% de las pautas federales de pobreza.
- Haber agotado otras fuentes de financiamiento, y fuentes de recursos federales y estatales.
- La Administración de SHS deberá aprobar otras consideraciones aparte de los requisitos de elegibilidad.

REQUISITOS DE LA SOLICITUD:

La solicitud se deberá completar dentro del plazo del Período de aplicación. SHS hará esfuerzos razonables para notificar a un individuo cuando este haya entregado una solicitud incompleta. Algunas de las razones por las cuales una solicitud pudiera considerarse incompleta son:

- La solicitud del Programa de Ayuda Financiera no se llenó en su totalidad o de manera precisa.
- SHS no recibió la documentación probatoria.

Las solicitudes completadas se enviarán para aprobación o denegación. Se notificará a los solicitantes del estatus de aprobación o denegación de la solicitud.

Puede que las solicitudes al Programa de Ayuda Financiera sean efectivas durante un plazo máximo de un año tomando en consideración los ingresos y las variaciones de gastos. Los individuos pueden completar una nueva solicitud si ha transcurrido más de un año desde la última solicitud.

Pueden realizarse ajustes a las cuentas de los pacientes por medio del Programa de Ayuda Financiera cuando se han cumplido los requisitos de elegibilidad y de la solicitud. Los ajustes a las cuentas de los pacientes se procesan para aprobación o denegación en función de cada caso. Se notificará a los pacientes individualmente acerca de cargos con descuento o sin descuento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Departamento de Políticas y Finanzas de Cuidado de Salud 10CCR 25505-10, Sección 8.706.1.8.
- Estatutos revisados de Colorado 25.5-4-102. 3
- Proyecto de ley del Senado 12-134
- Sitio web de SHS: <http://www.swhealth.org/> (en inglés)
- Sitio web de las pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos: <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>

HOJA DE TRABAJO A

Estimado paciente:

Conjuntamente con su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera a Southwest Health System, Inc, se utilizarán los siguiente formularios.

La documentación probatoria necesaria para verificar el estado financiero y el tamaño de la familia es obligatoria. En la página última de *Hoja de Trabajo A* se presenta una lista detallada de los documentos requeridos para poder procesar su solicitud de ayuda financiera. Si alguno de los documentos no se aplica a su caso, escriba “No corresponde” o “n/c”.

Los asesores financieros no podrán procesar solicitudes incompletas. Una solicitud incompleta puede resultar en que su cuenta se considere no elegible para recibir ayuda financiera.

Cuando haya completado los siguientes formularios de ayuda financiera y reunido todos los documentos pertinentes de la página última de *Hoja de Trabajo A*, llame a uno de los números de los asesores financieros de pacientes que se indican a continuación para programar una cita.

Nuestro Programa de Ayuda Financiera se basa en que los pacientes o las personas responsables brinden y presenten información financiera verdadera y precisa. Se excluirá automáticamente de cualquier tipo de consideración en relación con este programa a los pacientes o personas responsables que intencionalmente realicen declaraciones falsas sobre la información de su grupo familiar. La determinación de la intencionalidad de las declaraciones falsas es un derecho exclusivo de SHS.

Recordatorio:

1. Complete los siguientes formularios en su totalidad.
2. Reúna toda la documentación pertinente que se enumera en la página cuatro (4).
3. Llame a un asesor financiero para programar una cita.

**Área Cortez Pacientes con apellidos
Que empiecen con una letra de la A a la L**
Asesor financiero para pacientes
1311 N Mildred Road • Cortez, CO 81321
Teléfono: (970) 564-2131 • Fax: (970) 564-2134

**Área Cortez Pacientes con apellidos
Que empiecen con una letra de la M a la Z**
Asesor financiero para pacientes
1311 N Mildred Road • Cortez, CO 81321
Teléfono: (970) 564-2143 • Fax: (970) 564-2134

Muchas gracias,
Southwest Health System, Inc.
Servicios Financieros para Pacientes

Revisado el 25 de enero de 2014

**Área Mancos Pacientes con apellidos
Que empiecen con una letra de la A a la Z**
Asesor financiero para pacientes
111 East Rail Road Avenue • Mancos, CO 81328
Teléfono: (970) 533-9125 • Fax: (970) 533-7310

HOJA DE TRABAJO A

Solicitante:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido de soltera	Estado civil
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono residencial	Teléfono laboral		Teléfono celular	

Complete la siguiente información acerca de usted y todos sus dependientes legales. En general, un dependiente legal es alguien que se puede incluir en la declaración del impuesto federal sobre la renta:

Vínculo Con el Solicitante	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social	¿Esta persona es estudiante de tiempo completo? (S o N)	¿Esta persona necesita ayuda financiera? (S o N)
PACIENTE							

HOJA DE TRABAJO A

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Ha realizado una solicitud de servicios de Medicaid o CHP+? _____ Sí No
2. ¿Cuándo realizó la solicitud de servicios de Medicaid o CHP+? (fecha) _____
3. ¿Cuál es el estado de su solicitud de Medicaid o CHP+? _____ Aprobada Denegada Pendiente
4. ¿Hay alguna mujer embarazada en el grupo familiar? _____ Sí No
5. ¿Qué miembro del grupo familiar está embarazada? (nombre) _____
6. ¿Hay alguna persona con discapacidad en el grupo familiar? _____ Sí No
7. ¿Qué miembro del grupo familiar tiene discapacidad? (nombre) _____
8. ¿Los miembros del grupo familiar que tienen discapacidades han solicitado beneficios mediante el Seguro Social? _____ Sí No
9. ¿Los miembros del grupo familiar mayores de 18 tienen capacidad para trabajar? _____ Sí No
10. Si no tienen capacidad para trabajar, explique por qué. (razón) _____
11. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar cuenta con cobertura de salud de terceros? _____ Sí No
12. Especificar el tipo: (Medicare, Medicaid, CHP+, Seguro, Otro) _____
13. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar ha recibido CICIP o ayuda financiera anteriormente? Sí No
14. Si la respuesta es sí, indique el tipo. (nombre) _____
15. ¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? _____ Sí No
16. ¿Dónde y cuándo se declaró en bancarrota? (dónde/cuándo) _____
17. ¿Espera que sus ingresos cambien durante el próximo año? _____ Sí No
18. Si es así, ¿qué tipo de cambio espera que ocurra? (explique) _____

HOJA DE TRABAJO A

Indique su ingreso mensual neto (después de impuestos) y sus gastos mensuales abajo:

Ingresos	Mes Completo Más Actual	Gastos	Mes Completo Más Actual	Otros Gastos	Mes Completo Más Actual
Salarios	\$	Renta/ hipoteca	\$	Comestibles y abarrotes	\$
Empleo por cuenta propia	\$	Electricidad	\$	Comidas en restaurantes	\$
Desempleo	\$	Agua/drenaje	\$	Cuidado personal	\$
SSI	\$	Gas/ calefacción	\$	Doctores, dentistas, etc.	\$
SSDI	\$	Teléfono	\$	Recetas médicas	\$
Jubilación/ pensiones	\$	TV	\$	Gastos de combustible/ automóvil	\$
Seguro social	\$	Hogar/ reparaciones	\$	Cuidado infantil	\$
Pensión alimenticia	\$	Préstamo estudiantil	\$	Otro:	\$
Manutención de hijos	\$	Tarjetas de crédito	\$	Otro:	\$
Asistencia pública	\$	Pagos de otras deudas	\$	Otro:	\$
Estampillas de alimentos	\$	Seguro médica	\$	Otro:	\$
Otro:	\$	Seguro de auto/vivienda	\$	Otro:	\$
Otro:	\$	Seguro de vida	\$	Otro:	\$
Ingreso neto	\$	Total de gastos	\$	Total de otros gastos	\$

HOJA DE TRABAJO A

La siguiente documentación es obligatoria para presentar la solicitud del Programa de Ayuda Financiera. Recuerde traer a su cita un original de los documentos que se enumeran a continuación. Si alguno de los documentos no se aplica a su caso, escriba “No corresponde” o “n/c”.

Ingreso

- Última declaración del impuesto sobre la renta federal completada y declaración de retenciones W-2.
- Un (1) mes de los recibos de sueldo consecutivos más recientes o una declaración del empleador que debe incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono, el número de identificación impositiva (de impuestos), la fecha de contratación, el sueldo y el promedio de horas de trabajo por semana.
- Auto empleo o trabajo por cuenta propia: La declaración completa de pérdidas y ganancias del último mes y los depósitos brutos de tres (3) meses consecutivos.
- Declaración de ingresos por desempleo
- Declaraciones de indemnización por incapacidad (por ejemplo, SSI, SSDI, otra)
- Ingresos del Seguro Social (declaración anual de beneficios)
- Declaraciones de beneficios de jubilación y pensión
- Notificaciones de ayuda del gobierno (incluidas las del programa Aid to the Needy and Disabled, TANF, LEAP, estampillas para alimentos, WIC, etc.).
- Manutención de hijos recibida
- Pensión alimenticia recibida
- En caso de no tener ningún ingreso y de que alguien le esté ayudando, esa persona deberá escribir una carta en la que se indique el tipo de ayuda que se está brindando y que incluya el nombre en letra de imprenta, la dirección, el número de teléfono y la firma de dicha persona.
- Los estados de cuenta de cuentas de los dos últimos meses de las cuentas de cheques y ahorros

Gastos

- Manutención de hijos pagada en los últimos tres (3) meses
- Pensión alimenticia pagada en los últimos tres (3) meses
- Declaración de préstamos más actualizada de todos los vehículos (solo para CICP)
- Es opcional traer las facturas de cuidado médico, dental, de la vista y de la farmacia. Las facturas deben incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor, así como también la fecha de servicio y cualesquiera pagos o ajustes que se hayan aplicado
- Primas de seguros de salud

Otra Información Requerida:

- Tarjetas de seguro de Medicare, Medicaid, CHP+ o de otro seguro de salud
- Registro vehicular para todos vehículos (solo para CICP)