

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 9 DE 16

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Una vez que envíe su solicitud para revisión y previa aprobación, puede ser elegible para un descuento que va desde el cincuenta y cinco por ciento (55%) hasta un noventa y cinco (95%) con base en el tamaño de su grupo familiar y los ingresos mensuales.

Si se aprueba, la cobertura aplicará a las consultas en las clínicas, consultas en la Sala de emergencias y servicios de radiología y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios. Los solicitantes aprobados para este programa serán elegibles para un (1) año a partir de la fecha de la decisión.

Los solicitantes que sean aprobados son responsables de pagar sus porcentajes en el momento del servicio para la atención que no sea médicamente necesaria y no sea de emergencia o realizar arreglos con anticipación con el Consejero financiero.

Complete la siguiente solicitud y devuélvala con la siguiente documentación:

- Todo el dinero recibido en los últimos sesenta (60) días (comprobantes de pago, carta de asistencia del gobierno o copia del cheque o pagos por manutención infantil) para todos los miembros del grupo familiar.
- Copia de la última declaración de impuestos sobre la renta o carta que explique la razón por la cual no la presenta.
- Formularios W-2, 1099 para el año fiscal anterior.
- Los dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes.
- Identificación con fotografía para todos los adultos en el grupo familiar. Tarjeta del Seguro Social para todos los miembros del grupo familiar (o certificado de nacimiento).
- Recibo del alquiler o factura por servicios públicos actual que muestre la dirección actual.
- Si el empleador proporciona el alquiler o los servicios públicos, proporcione la verificación y el valor firmado y con fecha por parte del empleador.
- Si durante la revisión de su solicitud se muestra que usted o un miembro del grupo familiar puede ser elegible para un programa estatal o federal, es posible que se le solicite que envíe una solicitud antes de la aprobación de la Solicitud de escala de tarifas variables. Si un solicitante califica para un programa de asistencia, la Solicitud de escala de tarifas variables se enmendará para reflejar eso.

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 10 DE 16

Deje que transcurran catorce (14) días para el procesamiento de la solicitud.

South Lyon Medical Center es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. South Lyon Medical Center se reserva el derecho de reenviar o denegar la aprobación de cualquier descuento si el solicitante envía a sabiendas y voluntariamente información que se identifica o se descubre que es ficticia.

Cualquier cambio en los ingresos o el tamaño de la familia debe reportarse en un plazo de diez (10) días.

Si tiene alguna pregunta con relación al programa, no dude en comunicarse con el Consejero financiero.

463-2301 ext. 6437

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 11 DE 16

DECLARACIÓN DE LA CONDICIÓN FINANCIERA (Adjunto A)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

N.º DE CUENTA _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

(PACIENTE) (CÓNYUGE)

ESTADO DE LA FAMILIA: Incluya todos los dependientes, menores e incluso de dieciocho (18) años, estudiantes de tiempo completo o discapacitados.

Es posible que se necesite un comprobante de estudiante o discapacidad.

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador (o nombre comercial): _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

Inicio: Pago bruto (previo a las deducciones) _____

Sumar: Ingresos de los negocios operativos (si es trabajador independiente) _____

Sumar: Otros ingresos:

- Intereses y dividendos _____
- De bienes raíces o bienes personales _____
- Seguro Social _____
- Otro (especifique): _____
- Pensión alimenticia o manutención infantil recibida _____

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 12 DE 16

Restar: Pensión alimenticia, manutención infantil pagada (_____)

Es igual a: Ingresos mensuales actuales totales (sume el Ingreso del cónyuge + del paciente de arriba) _____

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Total de miembros de la familia (sume el paciente, cónyuge y dependientes descritos anteriormente) _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que South Lyon Medical Center y sus representantes revisen mi historial crediticio y de empleos con el propósito de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Comprendo que es posible que sea necesario que proporcione comprobantes de la información que proporcione.

(Firma del paciente o el garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 13 DE 16

HOJA DE TRABAJO DE CÁLCULO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

Nombre del paciente: _____ N.º de cuenta del paciente: _____

Circunstancias/consideraciones especiales:

	Sí	No
¿Cuenta con seguro el paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es el paciente elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es el paciente elegible para recibir beneficios de Medicaid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es elegible el paciente para otros programas gubernamentales (por ejemplo, Víctimas de delitos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente paga sus propias facturas médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cálculo de ayuda financiera/beneficencia:

Ingresos mensuales actuales combinados totales \$ _____

Tamaño de la familia (de la Declaración de la condición financiera) _____

Calificación para la Atención de beneficencia/ayuda financiera (encierre una en un círculo):

	Total	Parcial
(Identifique usando la guía de elegibilidad)	Catastrófica	Sin elegibilidad

Cálculo de exoneración de beneficencia parcial (complete esta sección únicamente si el paciente califica para la atención de beneficencia parcial):

A. Total de cargos	\$ _____
B. % de la tarifa de escala variable (Adjunto B)	_____
C. Responsabilidad del paciente (Línea A por la Línea B)	\$ _____
D. Monto de descuento (Línea A menos la Línea C)	\$ _____

Cálculo de exoneración de beneficencia catastrófica (complete la sección solo si el paciente califica para la beneficencia catastrófica sin):

A. Responsabilidad del paciente	\$ _____
B. Ingresos anuales	\$ _____
C. Responsabilidad del paciente como porcentaje de los ingresos anuales	_____ %
D. ¿Es la Línea A dividida entre la Línea B mayor que .30 (30%)?	Sí No
E. Si no es así, el paciente no es elegible para este tipo de exoneración	_____ \$0 _____

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 14 DE 16

F. Si es así, multiplique la Línea B por el 30% para identificar el monto de responsabilidad del paciente

\$ _____

G. Si es así, reste la Línea F de la Línea A para identificar el monto de exoneración

\$ _____

Monto total de las exoneraciones de beneficencia recomendadas:

\$ _____

Hoja de trabajo completada por: _____ Teléfono: _____

Aprobado por: _____

AUTORIZADO PARA EXONERACIÓN DE BENEFICENCIA

MATRIZ DE APROBACIÓN: a ser desarrollada por cada entidad de acuerdo con la composición departamental, niveles de administración y tamaño. Por ejemplo:

Director General o Director Financiero	Mayor a los \$10,000
Director General/Director Financiero	Hasta \$10,000
Director General/Director Financiero	Hasta \$1,000

Firmas de aprobación

Fecha: _____

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 16 DE 16

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

South Lyon Medical Center ha llevado a cabo una determinación de elegibilidad para la atención de beneficencia para:

NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE CUENTA	FECHAS DE SERVICIO
---------------------	------------------	--------------------

La solicitud para la atención de beneficencia fue realizada por el paciente o en nombre del paciente el _____.

Esta determinación se completó el: _____.

Con base en la información proporcionada por el paciente o en nombre del paciente, se realizó la siguiente determinación:

_____ Su solicitud para la atención de beneficencia se aprobó para los servicios prestados el _____
Después de presentar una solicitud para la reducción de atención de beneficencia, el monto adeudado es de \$ _____.

_____ Su solicitud para la atención de beneficencia está pendiente de aprobación. Sin embargo, se necesita de la siguiente información antes de que se pueda aplicar cualquier ajuste a su cuenta:

_____ Su solicitud para la atención de beneficencia se negó debido a:

MOTIVO:

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

Consejero financiero 463-2301 ext. 6437