

## 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: 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: \_\_\_\_\_

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 15 DE 16**

**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