

APLICACIÓN DE TARIFA VARIABLE

Una vez que su solicitud se envíe para su revisión y luego de su aprobación, puede ser elegible para un descuento que oscila entre el cincuenta y cinco por ciento (55%) y el cien por ciento (100%) según el tamaño de su hogar y sus ingresos mensuales.

Si se aprueba, la cobertura se aplicará a las visitas a la clínica de atención primaria, las visitas al departamento de emergencias, las visitas a pacientes hospitalizados y los servicios ambulatorios, incluidos fisioterapia, radiología y laboratorio. Los servicios de custodia de atención a largo plazo están excluidos de este descuento. Los solicitantes aprobados para este programa serán elegibles por un (1) año a partir de la fecha de decisión.

Los solicitantes que son aprobados son responsables de pagar su porcentaje en el momento del servicio para la atención que no sea de emergencia y otra atención no médicamente necesaria o hacer arreglos por adelantado con el Asesor Financiero.

Por favor, rellene la siguiente solicitud y devuélvala con la siguiente documentación:

- Todo el dinero recibido dentro de los últimos sesenta (60) días (talones de pago, carta de beneficios anuales del Seguro Social, pensión, jubilación o copia de cheques o pagos de manutención de los hijos) para todos los miembros del hogar.
O
- Copia de la última declaración de impuestos sobre la renta o carta que explique por qué no presenta la declaración.
O
- W-2, 1099 para el año fiscal anterior.
Y
- Identificación con foto para todos los adultos en el hogar: Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación válida, pasaporte válido o identificación de empleo u otra no específica.

Espere hasta catorce (14) días para el procesamiento de la solicitud.

South Lyon Medical Center es un proveedor de igualdad de oportunidades. South Lyon Medical Center se reserva el derecho de reenviar o negar la aprobación de cualquier descuento si el (los) solicitante (s) envía a sabiendas y deliberadamente información que se identifica o se determina que es ficticia.

Cualquier cambio en los ingresos o en el tamaño de la familia debe informarse dentro de los diez (10) días.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, no dude en ponerse en contacto con el asesor financiero. 463-2301 ext. 6437

ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA (Anexo A)

NOMBRE _____ CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CUENTA # _____

(PACIENTE) (CÓNYUGE)

ESTADO FAMILIAR: Enumere a todos los dependientes de dieciocho (18) años de edad o menos, estudiantes de tiempo completo o discapacitados que residen en el hogar. Es posible que se requiera prueba de estudiante o discapacidad.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Nombre	Edad	Fecha De Nacimiento	Seguro (OPCIONAL)

Total de miembros de la familia (agregue el paciente, el cónyuge y los dependientes de arriba)

EMPLEO & OCUPACIÓN (Opcional)

Empleador (o nombre de la empresa): _____ Position: _____

Cónyuge Empleador: _____ Cargo: _____

Fuente	Propia	Otro	Total
sueldos brutos, salarios, propinas, etc			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, Pago para Veteranos, Pensión de Beneficio para Sobrevivientes o Ingreso de Jubilación			
Intereses, divisiones, regalías, ingresos de propiedades de alquiler, patrimonios y fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas.			
Ingresos totales			

Consideraciones/Circunstancias Especiales:

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Certificación: Escucho por certificar que, a mi leal saber y entender, que la información proporcionada es verdadera y precisa.

(Firma del paciente o garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

SUBJECT: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINA

PAGE NO: 12 DE 14

CHARITY CARE CALCULATION WORKSHEET – FACILITY USE ONLY

Patient Name: _____ Patient Account #: _____

Charity/Financial Assistance Calculation:

Total Combined Current Monthly Income \$ _____

Family Size (From Statement of Financial Condition) _____

Partial Charity Write-off Calculation (complete this section only if patient qualifies for partial charity care):

A. Total Charges \$ _____
B. Sliding fee % (Attachment B) _____
C. Patient Liability (Line A times Line B) \$ _____
D. Discount Amount (Line A minus line C) \$ _____

Catastrophic Charity Write-off Calculation (complete section only if patient qualifies for catastrophic charity w/o):

A. Patient Liability \$ _____
B. Annual Income \$ _____
C. Patient Liability as Percent of Annual Income _____ %
D. Is Line A divided by Line B greater than .30 (30%)? Yes No
E. If no, patient is not eligible for this type of write-off _____ \$0 _____
F. If yes, multiply Line B by 30% to identify the patient liability amount \$ _____
G. If yes, Subtract line F from Line A to identify the write-off amount \$ _____
Total Amount of Recommended Charity Write-off(s): \$ _____

AUTHORIZED FOR CHARITY WRITE-OFF

APPROVAL MATRIX: to be developed by each entity in accordance with departmental make-up, levels of management and size. For example:

Chief Executive Officer and/or Chief Financial Officer	Above \$10,000
Chief Executive Officer/ Chief Financial Officer	Up to \$10,000
Chief Executive Officer/ Chief Financial Officer	Up to \$1,000

Approved Sliding Fee % _____%

Received Date: _____ Approval/Denial Date: _____

Qualification for Charity Care/Financial Assistance (circle one): Full Partial
(Identify using eligibility guide) Catastrophic Denied

Completed by: _____ Date: _____

Approved by: _____ Date: _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN CARITATIVA

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

_____	_____	_____
NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE CUENTA	FECHA(S) DE SERVICIO

La solicitud de atención caritativa fue hecha por el paciente o en nombre del paciente en _____. Esta determinación se completó el: _____.

Sobre la base de la información suministrada por el paciente o en nombre del paciente, se ha tomado la siguiente determinación:

_____ Su solicitud de atención caritativa ha sido aprobada para servicios prestados en _____
Después de aplicar la reducción de la atención caritativa, el monto adeudado es de \$ _____.

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

_____ Su solicitud de atención caritativa ha sido denegada porque:

RAZÓN:

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

Consejero Financiero 463-2301 ext. 6437