



Resumen de asistencia financiera Powers Health Asistencia financiera Helping Hand

Ofrecemos servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en nuestro hospital de forma gratuita si sus ingresos son iguales o inferiores al 400 % del Índice Federal de Pobreza (FPG).

El siguiente es un resumen de ayuda financiera disponible en todos los centros de Powers Health, incluyendo sus hospitales y los servicios hospitalarios en nuestros centros ambulatorios.

Asistencia financiera ofrecida. Si no tiene seguro médico, ofrecemos asistencia financiera para atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios con un descuento sobre nuestros cargos normales si sus ingresos familiares no superan tres veces el FPG. Todos los solicitantes serán evaluados para determinar si tienen cobertura médica y deben cooperar con los representantes de Medicaid para ser considerados para la asistencia financiera. Si usted es elegible para recibir asistencia financiera puede recibir asistencia gratuita o con descuento según los criterios de ingresos.

Si tiene seguro médico también puede ser elegible para la asistencia financiera si: su seguro no brinda cobertura para los servicios médicos necesarios que está buscando o si ha agotado el máximo de beneficios del seguro de por vida.

Maneras adicionales para calificar. Si no cumple con el criterio de ingresos ya mencionados, puede ser considerado en base a cada caso en particular para recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:

Saldo catastrófico. Si tiene un saldo pendiente con Powers Health superior a los \$20,000, se le podría considerar para recibir asistencia financiera.

Circunstancias excepcionales. Si está atravesando una situación personal o financiera extremadamente difícil, puede contactarnos para que se le considere para recibir asistencia financiera.

Los cargos no excederán los montos que se facturan generalmente. Si recibe asistencia financiera de nuestro programa, no se le cobrará más por atención médica de emergencia ni por otra atención médicamente necesaria que el monto que generalmente facturamos a los pacientes con cobertura de Medicare.

Cómo obtener una copia de nuestra Poliza y de la solicitud. Puede obtener una copia de nuestra Poliza y el formulario de solicitud de asistencia financiera de este modo: (1) en el sitio web de Powers Health, <https://www.comhs.org/community/charity-care.asp>, y (2) en nuestras áreas de admisión, en nuestros departamentos de emergencias o en cualquiera de las oficinas de nuestros consejeros financieros. Si llama a la oficina de servicios financieros del paciente 219- 934-8888 o gratis al 800-210-9776 o consulta a un financiero, le enviaremos por correo una copia de nuestra Poliza de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud sin cargo.

Como solicitar y obtener asistencia. Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento del proceso de programación o facturación, completando y enviando una solicitud firmada y proporcionando información sobre sus ingresos. Toda solicitud de asistencia financiera, ya sea en persona, en línea, entregada en persona o por correo, se remitirá al equipo de Servicios Financieros para Pacientes para su evaluación y procesamiento. Si cree que puede tener circunstancias médicas catastróficas, excepcionales o especiales, un asesor financiero o un representante de Servicios Financieros para Pacientes puede iniciar la solicitud por usted. Si necesita ayuda para solicitarla, comuníquese con nuestros asesores financieros en nuestras instalaciones o llame a Servicios Financieros para Pacientes al 219-934-8888 o al número gratuito 800-210-9776.

Copias de nuestra política de ayuda financiera, la aplicación de ayuda financiera, y este resumen están disponibles en inglés y en español.



Nombre del garante	Número de seguro social del garante	Fecha de nacimiento del garante	Número del garante
Nombre(s) del paciente	Número de teléfono del garante	Número de cuenta del paciente	

Usted puede ser elegible para nuestro PROGRAMA MANOS DE AYUDA si usted no puede pagar su cuenta en su totalidad. Por favor llene el siguiente formulario y envíe la información requerida en los próximos 10 días. Evaluaremos su necesidad económica para ver si califica para la ayuda parcial o total. Usted debe proporcionar información para el paciente / Garante y Cónyuge si es aplicable.

Nombre de la persona que solicita ayuda: _____
Número de miembros en la familia que han solicitado declaración de impuestos: _____

INGRESO MENSUAL:

Sueldos/Salarios:	
Paciente:	\$ _____
Cónyuge:	\$ _____
Seguro Social:	\$ _____
Pensión:	\$ _____
Ingresos para alquilar:	\$ _____
Ingresos por incapacidad:	\$ _____
Ingresos de desempleo:	\$ _____
Total de los ingresos:	\$ _____

BIENES:

Dinero en Efectivo:	\$ _____
Cuentas Bancarias:	\$ _____
Ahorros:	\$ _____
Cuenta de Cheques:	\$ _____
Fiduciario:	\$ _____
Cooperativa de Crédito:	\$ _____
Los Ingresos que Producen las propiedades:	\$ _____
Acciones/Bonos:	\$ _____
Otro:	\$ _____
Total de Los Bienes:	\$ _____

Por favor envíe copias de los siguientes elementos:

Nota: La aplicación no puede ser procesada sin el siguiente si es aplicable:

- Declaración de impuestos federales más reciente con los horarios de apoyo y W-2. La declaración de impuestos debe estar firmada.
- Talones de pago actuales de los últimos 30 días.
- Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas bancarias. Incluya todas las páginas.
- Prueba de los bienes mencionados anteriormente
- Si trabaja por cuenta propia, declaración de ganancias / pérdidas de negocio trimestral más reciente.
- Comprobante de ingresos no salariales (es decir, el desempleo, la manutención de los hijos, pensión alimenticia, fiduciario, pensión, los intereses)
- Si no está empleado, una carta de apoyo firmada por la persona que muestra el apoyo a usted.
- Carta de adjudicación de los Cupones para Alimentos
- Si usted solicitó ayuda del gobierno o del estado, la prueba de la aprobación o negación.
- Prueba de separación

CERTIFICO QUE:

- ☐ La información contenida en la solicitud es una declaración exacta y completa de mi situación financiera.
- ☐ Yo he declarado todos los bienes y fuentes de ingresos a lo solicitado.
- ☐ Autorizo Sistema de Salud de Powers Health para comprobar el historial de crédito, la situación laboral y hacer todas las preguntas que considere necesarias para completar el proceso de solicitud de ayuda financiera.
- ☐ Entiendo que la información falsa o incompleta es la causa del rechazo.

Firma del paciente/personal responsable: _____

Fecha: _____

Por favor envíe la información dentro de los 10 días.

Por Fax: 219-934-8986

O Correo: Aplicación de Cuentas de Pacientes del PROGRAMA MANOS DE AYUDA

PO Box 3604

Munster, IN 46321

Directorio de Asistencia Médica

Este Directorio de Asistencia Médica a sido diseñado para ayudar a los pacientes y a las familias a familiarizarse con los recursos gubernamentales disponibles para asistirle con los gastos médicos. Solicitudes para Medicaid están disponibles a través de la División de Familia y Niños en el condado en donde radica usted.

Estado de Indiana Condado de Lake División de Familia y Niños Medicaid (Ayuda Publica Médica) y Las Oficinas de Asistencia Financiera

Crown Point DFR
1865 E Summit St
Crown Point, IN 46307

Hammond DFR
5255 Hohman Ave
Hammond, IN 46320

Hobart DFR
1871 E 37th Ave
Hobart, IN 46342

661 Broadway
Suite 102
Gary, IN 46402

110 W. Ridge Rd.
PO Box #2270
Gary, IN 46408

3714 Main St.
East Chicago, IN 46312

**Patients can visit: <http://www.in.gov/FSSA/3030.htm>
or call: 800-403-0864**

Estado de Illinois AFDC: Medicaid (Ayuda Publica Médica)y Asistencia Financiera

3301 Wireton Road
Blue Island, IL 60406
(708) 293-4700

831 W. 119th St.
Chicago, IL 60643
(773)660-4700

- ¿Quiénes son elegibles?
 - Personas quienes reúnen los requisitos de elegibilidad.
 - Hay diferentes niveles de ingresos para distintas categorías.
Las categorías incluyen pero no son limitadas a familias de bajos recursos con niños dependientes, mujeres embarazadas, niños menores de 19 años o mayores de 65 años, ciego, discapacitado, y refugiadas.
- ¿Puede alguna otra persona llenar la solicitud por me, si es que no puedo ir a la oficina local de Medicaid?
 - Si. Un guardián legal o alguna otra persona que usted le ha otorgado por escrito a tener poder notarial, o usted puede indicar por escrito el nombre de la persona a quien usted a elegido para que le llene la solicitud.
- ¿Debo tener un domicilio permanente?
 - No. Usted puede recoger su tarjeta de Medicaid en su oficina local o pedir que se le envíe la tarjeta a una iglesia, albergue, o alguna otro lugar donde usted podrá recoger la tarjeta.
- ¿Se encarga Medicaid de pagar las cuentas de cuidado médico que he recibido antes de haber solicitado asistencia para Medicaid?
 - Si. Medicaid puede pagar por los servicios médicos de los últimos tres meses antes de haber hecho su solicitud de Medicaid. Si usted llena los requisitos el elegibilidad al momento de recibir cuidado médico.

**If more information is needed, please contact Patient Financial Services at:
(219) 934-8888 or toll free (800) 210-9776**

***DESCUENTO CARITATIVO PARA CUENTAS SIN SEGURO
PREGUNTAS FRECUENTES***

P: ¿Como puedo solicitar un Descuento Caritativo?

- Comuníquese con el departamento de Servicios Financiero de Pacientes al 219-934-8888 o 1-800-210-9776 y pida el paquete de solicitud para el Descuento Caritativo.
- Los paquetes de solicitud también son disponibles en el Departamento de Registro, la Oficina de Consejería Financiera o la Cajera.

P: ¿Necesito llenar una solicitud para Medicaid (ayuda publica) antes de poder ser elegible para recibir el Descuento Caritativo a través del hospital?

- Si. Todo tipo de recursos económicos deberán ser agotados antes de poder ser considerado para recibir un Descuento Caritativo.
 - Si usted es aprobado para Medicaid esto podrá cubrir sus servicios médicos actuales.
 - Además, los servicios médicos que usted reciba en un futuro pueden ser cubiertos.
 - Servicios de médico también pueden ser cubiertos.
- Puede hacer referencia al Directorio de Asistencia Médica para buscar el domicilio y número telefónico de la oficina de Medicaid más cercana.

P: ¿Cómo califico para un Descuento Caritativo para personas no aseguradas?

- Los servicios del hospital deberán ser médicamente necesarios.
- Usted no debe tener seguro médico.
- Usted deberá pedir asistencia financiera antes que su cuenta médica es transferida ala agencia de cobro.
- Usted deberá mostrar la prueba que los programas del gobierno le negaron asistencia económica, tal como: HCI y Medicaid.
Favor de anotar: Si le negaron asistencia económica gubernamental porque usted no quiso cooperar, usted no será elegible para ser considerado para recibir un descuento caritativo del hospital.
- Usted deberá llenar una Forma de Información Financiera.
 - Proveer documentación apropiada para verificar sus bienes y derechos con valor monetario e información de ingreso.
 - Su firma confirma que la información que ha dado es correcta.
 - Sus bienes con valor monetarios deben estar debajo del mínimo indicado en el escrito de la Póliza de Descuento Caritativo.
 - El ingreso anual de todas las personas en su hogar debe estar entre el limite indicado en la escala móvil incluida en este paquete de solicitud, la cual esta basada en la Pauta Federal del Nivel de Pobreza.
- Después de haber llenado la forma, envíela por correo al Departamento de Cuentas de Pacientes junto con la documentación que apoya la información que usted ha dado. El domicilio esta escrito en la Forma de Información Financiera.
- Al recibir este paquete de solicitud, usted tiene 10 días para llenarlo completamente y enviar la forma y documentación, la cual confirma la información que ha dado.

P: ¿Qué es lo que califica como bienes y derechos con valor monetario?

- Bienes con valor monetario incluyen pero no son limitados a dinero en efectivo o equivalente a dinero en efectivo tal como cuentas bancarias (cuenta de cheques, o de ahorros), certificados de deposito, acciones de la bolsa de valores, inversiones de ingreso fijo o inversiones de equidad en cuentas que son sujetas a impuestos o cuentas de jubilación.

P: ¿Qué califica como ingresos?

- Ingresos incluyen pero no son limitados a sueldo, beneficios de Seguro Social, interés de cuentas bancarias o dividendos, pensión, beneficios de desempleo, manutención de menores, etc.

P: ¿Cuándo sabré si he sido aprobado para recibir el Descuento Caritativo?

- Todas las solicitudes serán revisadas de una manera oportuna. Si usted quiere chequear el estatus de su solicitud o si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con el departamento de Servicios Financieros de Pacientes vía telefónica al: 219-934-8888 o al: 1800-210-9776.