

HUTCHINSON HEALTH
PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM - SPANISH

Gracias por su interés en el Programa de Ayuda Financiera de Hutchinson Health. Nosotros nos esforzamos por brindar atención de calidad y asequible para todos nuestros pacientes, y estamos comprometidos a proporcionar ayuda financiera a personas que no tienen seguro y a personas con seguro insuficiente.

Adjunto encontrará la solicitud e instrucciones de Charity Care (Asistencia caritativa). Para su conveniencia, abajo hay un breve resumen de los requisitos para calificar para Asistencia caritativa.

Para ser elegible para Asistencia caritativa, los pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente deben:

- Haber recibido servicios médicamente necesarios por medio de Hutchinson Health, que están cubiertos por este programa.
 - Cooperar con su compensación de trabajo, auto o cualquier otro requisito de compañía de seguros. Los solicitantes deben cooperar con las reglas de su póliza de seguro, la cual incluye el responder a todas las indagaciones dentro del tiempo permitido por su compañía de seguros.
- Haber solicitado Medical Assistance (Asistencia médica) y proporcionado pruebas de elegibilidad o denegación (requerimiento solo para pacientes no asegurados).
- Tener un ingreso bruto de o menor de 400% del índice federal de pobreza (FPL), como se detalla en el cuadro de abajo.
- Tener bienes menores de \$20,000.
- Haber completado la Solicitud de ayuda financiera y proporcionado la documentación pertinente.
 - Las cuentas de pacientes fallecidos que no se tiene conocimiento de sucesión y no tiene cónyuge sobreviviente, serán determinadas incobrables y elegibles para Asistencia caritativa sin que sea completada la solicitud.

| 2017 Pautas de elegibilidad según nivel de ingresos para el Programa de asistencia caritativa | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| | | Atención gratuita si el ingreso no supera | 50% de descuento si el ingreso no supera |
| Tamaño de familia | Ingreso bruto anual 100% FPL | Ingreso bruto anual 200% de FPL | Ingreso bruto anual 400% de FPL |
| 1 | \$12,060 | \$24,120 | \$48,240 |
| 2 | \$16,240 | \$32,480 | \$64,960 |
| 3 | \$20,420 | \$40,840 | \$81,680 |
| 4 | \$24,600 | \$49,200 | \$98,400 |
| 5 | \$28,780 | \$57,560 | \$115,120 |
| 6 | \$32,960 | \$65,920 | \$131,840 |
| 7 | \$37,140 | \$74,280 | \$148,560 |
| 8 | \$41,320 | \$82,640 | \$165,280 |
| * | \$4,180 | \$8,360 | \$16,720 |
| *Para familias u hogares con más de 8 personas, añada \$4,180, \$8,360 y \$16,720 respectivamente a los ingresos anuales listados arriba, para cada persona adicional. | | | |

Si tiene alguna pregunta mientras completa la Solicitud de asistencia caritativa, nuestra información de contacto esta listada en la Sección II de las instrucciones adjuntas. Nos agradecería la oportunidad de ayudarle mediante este proceso.

Gracias por elegir Hutchinson Health para sus necesidades de atención médica.

Hutchinson Health

Solicitud de Asistencia Caritativa

Importante:

- Asegúrese de completar toda la solicitud y contestar todas las preguntas.
- Adjunte copias de todos los documentos requeridos (no envíe originales).
- Firme y feche la solicitud, y devuélvala a Hutchinson Health dentro de los 30 días de la fecha recibida.
- Su solicitud puede ser denegada si la información requerida no es presentada.
- Si no está seguro de qué documentación incluir o necesita que lo ayuden con esta solicitud, por favor contáctenos como sigue:
 - Por teléfono: Llame al 320-484-4493 o al 800-454-3903 para contactar a un Representante financiero.
 - En persona: Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente en Hutchinson Health, 1095 Highway 15 South, Hutchinson, MN 55350. (Por favor deténgase en la recepción en la entrada principal, para que le dirijan a las oficinas de Representantes financieros del paciente).

1. SOLICITANTE PRINCIPAL (Si está solicitando para un menor de edad, registre su nombre aquí y liste al menor como dependiente en la Sección 2 de abajo).

| | | | | | |
|--|---|------------------|---------------------|---|--------------|
| Primer nombre | Inicial del 2do. nombre | Apellido | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado civil |
| Dirección | Ciudad | | Estado | Código postal | |
| Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es "Si", número de seguro social (opcional) | Teléfono de casa | Otro teléfono | | |

2. ¿OTROS QUE VIVEN CON USTED? Dependientes mayores de 18 años que están listados en la declaración de impuestos del año anterior, serán considerados en el cálculo de tamaño de familia y deben ser listados abajo. Tiene cónyuge y/o algún dependiente viviendo en su casa? No Si – Llene abajo

| Nombre (Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido) | Fecha de nacimiento | Parentesco con usted | Es usted ciudadano o nacional de EE.UU.? |
|---|---------------------|----------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

3. INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por favor conteste las siguientes preguntas para usted, tanto como para cada uno de los que usted listó arriba en la Sección 2 y adjunte una copia de la tarjeta de seguro de cada persona, según corresponda.

| | | |
|--|---|--|
| ¿Tiene Medicare usted o alguien en su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es "Si", que tipo? <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B | Nombre de persona(s) con los beneficios de Medicare: _____ _____ _____ _____ |
| ¿Tiene usted o alguien en su hogar Medical Assistance (Asistencia médica) /MN Care? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es "Si", nombre de persona(s) con Medical Assistance/MN Care: _____ _____ _____ _____ | |
| ¿Tiene usted o alguien en su hogar otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es "Si", nombre de la persona(s) con otro seguro médico: Nombre: _____ Tipo de seguro: _____ _____ _____ _____ | |
| <p>Por favor envíe una copia de la parte frontal y posterior de la tarjeta de seguro, listando a cada persona que esté cubierta por ese seguro.</p> | | |

****DOCUMENTACION DE SEGURO MÉDICO REQUERIDA****

Para solicitantes que no tienen seguro, se requiere una solicitud de Medical Assistance antes de determinar su elegibilidad.

Si un paciente identifica la cobertura de seguro en esta sección, nosotros nos aseguraremos de haber facturado a ese seguro.

4. ¿Si está casado-a, tiene usted o su cónyuge alguno de los siguientes tipos de cuentas o bienes?

- Inmuebles
 Vehículos
 Cuenta corriente
 Cuenta de ahorros
 Acciones/bonos
 HRA/HSA
 Jubilación/cuentas de inversión
 Certificado de depósito
 Fideicomisos
 Cuentas del mercado monetario
 No hay activo

Por cada elemento marcado arriba, por favor proporcione la información requerida abajo.

| a. Clase de activo | b. Nombre del propietario del activo | c. Fecha de declaración de los documentos de verificación adjuntos (mes/año) | d. Nombre de la institución financiera |
|-----------------------|--------------------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Vehículo: Millas_____ | | | |
| Vehículo: Millas_____ | | | |

****DOCUMENTOS DE VERIFICACION DE ACTIVO REQUERIDOS****

Proporcione una fotocopia clara (no envíe originales; no se devolverán) de su declaración(es) verificando el balance y valor de cada activo listado arriba. Cada declaración debe identificarlo claramente como propietario del activo.

5. INGRESOS POR EMPLEO

5a. ¿ESTA EMPLEADO-A? No Si – Llene abajo

5b. SI ESTA CASADO-A, ESTA EMPLEADO-A SU CONYUGE? No Si – Llene abajo No corresponde

| c. Nombre del trabajador empleado | d. Nombre del empleador | e. Salario por hora o salario anual | f. Horas de trabajo por semana | g. Propinas/bonos |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |

****DOCUMENTOS DE VERIFICACION DE INGRESOS POR EMPLEO REQUERIDOS****

Proporcione una copia de su Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior; si su empleo ha cambiado, proporcione una copia de 2 de sus talones de cheque más recientes de cada empleador.

6. INGRESOS POR TRABAJO POR CUENTA PROPIA

6a. ¿TRABAJA POR CUENTA PROPIA? No Si – Llene abajo

6b. SI ESTA CASADO-A, TRABAJA POR CUENTA PROPIA SU CONYUGE? No Si - Llene abajo
 No corresponde

| c. Nombre del trabajador por cuenta propia | d. Nombre del negocio | e. Fecha de inicio | f. Ingreso anual (Línea 12 del Formulario 1040) |
|--|-----------------------|--------------------|---|
| | | | \$ |
| | | | \$ |

**** DOCUMENTOS DE VERIFICACION DE INGRESOS POR TRABAJO POR CUENTA PROPIA****

Proporcione una copia del Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior, incluyendo todos los horarios.

7. SI ESTA CASADO-A, USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN INGRESOS DE OTRA FUENTE APARTE DEL TRABAJO, INCLUYENDO LOS LISTADOS ABAJO?

- Seguro Social
- Pension alimenticia
- Desempleo
- Interés
- Manutención
- Supplemental Security Income (SSI)
- Compensación del trabajador
- Ingresos de alquiler
- Dividendos
- Jubilación
- Asistencia pública
- Beneficios de sobrevivientes
- Algún otro ingreso o ayuda fuera del hogar
- Fideicomisos
- Beneficios de veteranos

No Si – Llene abajo

CANTIDADES EN LA COLUMNA d. ABAJO DEBEN COINCIDIR EXACTAMENTE CON LA DOCUMENTACION ACREDITATIVA

| a. Nombre del beneficiario de ingreso | b. Tipo de ingreso | c. Fecha de inicio | d. Cantidad | e. Con que frecuencia es recibida |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------|
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |

****DOCUMENTOS DE VERIFICACION DE INGRESOS POR OTRAS FUENTES****

- Seguro Social, SSI, pensión, desempleo, compensación del trabajador, asistencia pública: Envíe su prueba de declaración de beneficios o carta de asignación mostrando cuanto recibe usted por mes.
- Todos otros medios de ingreso: Proporcione (1) documentos de impuestos mostrando el ingreso recibido u (2) otra forma de documentación oficial que verifique el ingreso y la fuente.
- Los beneficios no monetarios; tales como, cupones de comida y subsidios de vivienda no cuentan.
- El ingreso se determina antes de impuestos (ingreso bruto).
- Proporcione una copia de su Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior, incluyendo todos los horarios.

- 8. SI LA RESPUESTA ES “NO” A LAS PREGUNTAS 5, 6, Y 7, Y EL SOLICITANTE ESTA RECIBIENDO APOYO DE OTRO INDIVIDUO, UNA DECLARACIÓN DE AYUDA FINANCIERA (ADDENDUM A) DEBER SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL INDIVIDUO PRESTANDO APOYO.
- 9. SI TIENE FACTORES ADICIONALES QUE A UD. LE GUSTARIA QUE CONSIDEREMOS EN SU SOLICITUD, POR FAVOR LISTELOS AQUÍ. USE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

10. ANTES DE DEVOLVER ESTA SOLICITUD, ASEGÚRESE DE TENER ADJUNTA TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMO SE RECALCA ARRIBA. Si es casado-a, la solicitud debe estar firmada y fechada por el solicitante y su cónyuge.

| | |
|---|---------------------------------|
| Reconozco que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. | |
| Fecha | Firma del solicitante principal |
| Fecha | Firma de su cónyuge |

POR FAVOR ESPERE 30 DIAS PARA EL PROCESAMIENTO. USTED RECIBIRÁ UNA NOTIFICACIÓN DE NUESTRA DECISIÓN POR CORREO POSTAL.

ENVIE LA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR CORREO, O ENTREGUELA EN LA OFICINA MÁS CERCANA A UD. EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DE HABER RECIBIDO LA SOLICITUD:

| | | |
|--|---|--|
| Hutchinson Health Hospital 1095 Hwy 15 South Hutchinson, MN 55350 Phone: 320-484-4493 800-454-3903 | Hutchinson Health Clinic 3 Century Avenue Hutchinson, MN 55350 Phone: 320-484-4493 800-454-3903 | Hutchinson Health – Dassel Clinic 460 5 th St. N. Dassel, MN 55325 Phone: 320-484-4493 800-454-3903 |
|--|---|--|

ADDENDUM A

Declaración de Apoyo Financiero

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____

Esto es para confirmar que yo, _____, como
Nombre

_____ de _____ verifico que yo le estoy
Parentesco con el solicitante Solicitante

proporcionando apoyo financiero completo en estos momentos.

Yo reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Nombre (letra imprenta): _____

Fecha: _____

Hutchinson Health

Instrucciones de la Solicitud de Asistencia Caritativa

I. **Solicitud de asistencia caritativa de Hutchinson Health:**

Los solicitantes que reúnan las pautas de ingreso y bienes de Asistencia caritativa, y que tengan seguro médico o son inelegibles para MA (Asistencia Médica) o Minnesota Care, son aprobados para el Programa de asistencia caritativa. No habiendo cambios en las circunstancias del individuo, los pacientes elegibles continúan recibiendo Asistencia caritativa por un año, siguiendo la primera fecha en que se determinó que el paciente era elegible, o la fecha en que los servicios médicamente necesarios sujetos a la Asistencia caritativa fueron proporcionados. Las personas pueden volver a solicitar Asistencia caritativa en los años subsecuentes. Si en cualquier momento Hutchinson Health tiene razón de creer que ha habido cambios en las circunstancias del individuo, podrá solicitar a un paciente que es elegible que vuelva a solicitar Asistencia caritativa. Cada caso se decidirá en méritos propios y la información se mantendrá confidencial. Podrán iniciarse acciones legales en casos contra individuos que obtienen Asistencia caritativa basada en información falsa o incompleta.

II. **Ayuda con la solicitud:**

Si no está seguro de que documentación incluir, o necesita ayuda con esta solicitud, por favor contáctenos como sigue:

- Por teléfono – Llame al (320)484-4493 o al 800-454-3903 para contactar a un Representante financiero del paciente.
- En persona – Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente en Hutchinson Health, 1095 Highway 15 South, Hutchinson, MN 55350. (Por favor, deténgase en la recepción a la entrada principal o en cualquier recepción de registro, para que le dirijan a las oficinas de Representantes financieros del paciente).

III. **Instrucciones detalladas de la solicitud:** Las solicitudes de Asistencia caritativa deberán ser completadas en su totalidad por el solicitante y entregadas con toda la documentación justificativa necesaria. Todas las preguntas que requieren un “Sí” o “No”, deberán ser contestadas marcando la casilla correspondiente; respuesta explicativa para cada “Sí”, como se indica en el formulario de solicitud.

Sección 1: Solicitante principal - Debe incluir el nombre del solicitante, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, dirección, ciudadanía, número de Seguro Social (opcional), número de teléfono de casa, número de teléfono alternativo.

Sección 2: Otras personas que viven con usted –

- A. Los solicitantes si están casados, deberán identificar a su cónyuge, así como a los dependientes que viven con ellos; independientemente de la necesidad de cobertura de dependientes a través del Programa de asistencia caritativa de Hutchinson Health. También deben indicar la ciudadanía y estado migratorio de todos los dependientes.
- B. Las familias que declaran a un hijo mayor de edad como dependiente, deberán incluir una copia del formulario 1040 de impuestos federales del año anterior listando a ese hijo como dependiente para que ese hijo sea incluido cuando se determine el tamaño de hogar.

- C. Todos los solicitantes mayores de 18 años deben completar su propia Solicitud de asistencia caritativa, independientemente de la condición de dependiente. Si un dependiente figura en la declaración de impuestos de otra persona, todo el ingreso y bienes del hogar deben ser verificados.
- Si los padres firman la Solicitud de ayuda financiera y el hijo mayor de 18 años fue incluido en el tamaño de la familia (verificado por el formulario 1040 de impuestos), el hijo es elegible bajo la solicitud de los padres.
 - Si el hijo mayor de 18 años solicita y establece que no tienen ingresos y el padre o madre no firma un formulario de ayuda financiera, el hijo mayor de 18 años debe presentar un documento por escrito firmado y fechado estableciendo como se están manteniendo.
- D. Si es aprobada, la Asistencia caritativa cubrirá al solicitante principal, a su cónyuge (si está casado-a) y a los hijos en el momento de su aprobación.
- E. Las parejas no casadas que viven juntas:
- Sin hijos – Las parejas no casadas sin hijos que viven juntas, deben presentar su solicitud basada en su ingreso individual por separado para el Programa de asistencia caritativa.
 - Con hijos – Las parejas casadas que viven juntos con hijos, deben presentar una solicitud por el hogar, y será considerada basada en la combinación de ingresos del hogar para la Asistencia caritativa de Hutchinson Health.
- F. Agregando dependientes a una Solicitud existente de asistencia caritativa:
- Agregar a un cónyuge – Una solicitud nueva listando al cónyuge y todas las verificaciones deben ser presentadas.
 - Agregar a un niño menor de 18 años – En caso de que un padre de familia no liste a un niño en su Solicitud de asistencia caritativa, o en caso de que un niño nazca después de haber sido aprobada la Asistencia caritativa; ese niño puede ser cubierto bajo la Solicitud de asistencia caritativa aprobada del padre de familia.

Sección 3: Información sobre el seguro médico - Los solicitantes deben responder a cada una de las preguntas en esta sección. Para los solicitantes que no tienen seguro, se requiere una solicitud de Medical Assistance (Asistencia médica) antes de determinar su elegibilidad. Si un paciente identifica la cobertura de seguro en esta sección, nos aseguraremos de haber facturado a ese seguro.

- A. Los solicitantes que no tienen seguro deben proporcionar determinaciones actuales y válidas de los Programas de cuidado de salud de Minnesota (MHCP, por sus siglas en inglés), para los cuales parece ser elegible.
- B. Los solicitantes que han sido denegados Medical Assistance (Asistencia médica) y/o Minnesota Care, deben proporcionar una denegación válida por cada miembro de la familia, manifestando porque es que no califican. Las denegaciones válidas incluyen, pero no están limitadas a sobrepasar las pautas de ingreso y bienes. Las denegaciones inválidas incluyen, pero no están limitadas a la falta de completar el proceso de solicitud, falta de completar los formularios de renovación, falta de proporcionar la información requerida, proveer información fraudulenta a MHCP.
- C. Las solicitudes que contienen denegaciones inválidas de MHCP, o las que no incluyen una determinación como es requerido y explicado arriba, serán tratadas como solicitudes incompletas.
- D. Los solicitantes que actualmente tienen Medicare u otro seguro médico por medio de un empleador o a través de una póliza individual, no necesita proveer determinación de MHCP.

Sección 4: Activos - Los solicitantes deben proporcionar la siguiente información para todas las cuentas corrientes, cuentas de ahorros, vehículos, propiedad aparte de su residencia principal, HRA/HSA, jubilación y cuentas de inversión (IRA, 401K, seguro de vida, etc.), acciones, bonos, certificados de depósito y/o cuentas monetarias de mercado: Nombre del propietario del activo, tipo de activo, nombre de la institución financiera y la fecha de la declaración más reciente. Fideicomisos o activos designados como un fideicomiso será revisado caso por caso, dado a la variedad de determinados activos. Los solicitantes deben incluir una copia del fideicomiso para revisión.

Sección 5: Ingresos por empleo – Los solicitantes deben contestar la pregunta referente a su estado de empleo y el estado de empleo de su cónyuge, y proporcionar el nombre del empleador, salario por hora o salario anual, horas trabajadas por semana y alguna propina o bonificación ganada.

A. Documentación de prueba de ingresos por empleo aceptable:

- **Formulario de Declaración de Impuestos** – Una copia del Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior. (El formulario de impuestos debe representar el año anterior a aquel en que el paciente firmó su solicitud). Cuando use los Formularios 1040 de Impuestos Federales para la verificación de ingresos, el ingreso total (línea 22 en el 1040, línea 15 en el 1040A) serán usados como ingreso anual familiar. Cualquier ingreso libre de impuestos también será agregado a este total.
- **Talones de cheque** – Presente copias de dos talones de cheque más recientes por cada trabajo que el solicitante y/o su cónyuge tiene. Cuando use los talones de cheque como verificación de ingreso actual, el ingreso bruto de cada talón de cheque será sumado para obtener un cálculo de ingreso mensual. Cifras del año a la fecha relacionados a la fecha del cheque, también podrán ser tomados en cuenta cuando se evalúa el ingreso basado en los talones de cheque.
- **Empleo estacional** – Los solicitantes con empleo estacional (incluyendo los trabajos en torno del año escolar) y los solicitantes con ingreso basado en comisión deben proveer una copia del Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior.

Sección 6: Ingresos por trabajo por cuenta propia – Los solicitantes deben responder a la pregunta referente a su estado de trabajo por cuenta propia o el de su cónyuge, y proveer el nombre de su negocio, la fecha en que empezaron su negocio, y el ingreso anual personal que reciben de su negocio, como aparece en su Formulario 1040 de Impuestos Federales del año anterior, el cual debe ser incluido como verificación con su solicitud. El formulario de impuestos debe representar el año anterior al cual el paciente firmó su solicitud.

Sección 7: Otros ingresos – Los solicitantes deben responder a la pregunta referente a las fuentes de ingreso que ellos pueden tener aparte de los que hayan listado en las Secciones 5 y 6, y proveer la información para cada tipo de ingreso, fecha en que empezaron a tener ingresos, la cantidad de ingreso y la frecuencia de pagos. Se requiere la siguiente documentación para sustentar el otro ingreso:

A. Los solicitantes que reciben ingresos de Seguro Social

- Copia de la constancia del estado de beneficios de SSI actual.
- Copia del estado de cuenta bancaria más reciente, mostrando el depósito directo de SSI. El renglón del depósito debe estar claramente identificable.

B. Los solicitantes que tienen ingresos de un plan de jubilación o pensión

- Copia del estado mensual de beneficios, o
- Copia del estado de cuenta bancaria más reciente, mostrando el depósito directo con el nombre de la agencia de donde proviene el pago.

C. Los solicitantes que perciben discapacidad de largo o corto plazo, compensación del trabajador, o desempleo

- Copia del estado mensual de beneficios, o
- Copia del estado de cuenta bancaria más reciente mostrando el depósito directo con el nombre de la agencia de donde proviene el pago.

D. Los solicitantes que reciben pensión alimenticia y/o manutención

- Copia del acta de divorcio señalando la cantidad a pagar por pensión alimenticia o manutención, o
- Copia del estado de cuenta bancaria más reciente, mostrando claramente el depósito de pago acompañado por una explicación firmada y fechada de la frecuencia en que el pago es recibido, y para qué es el pago (pensión alimenticia o manutención).

Sección 8: Hogares sin ingresos – Los solicitantes que responden “No” en la Sección 5, 6, y 7, deben proveer una “Declaración de Apoyo Financiero” (Addendum A) completa, indicando como cubren sus gastos de subsistencia sin ingresos.

- El formulario debe ser firmado y fechado por la persona (s) que provee comida al solicitante, alojamiento y/o apoyo financiero, o
- El solicitante debe proveer una declaración por escrito, firmada y fechada por el solicitante, explicando claramente como se mantienen sin ingresos.
- Estudiantes de tiempo completo mayores de 18 años mantenidos por sus padres deben tener el formulario completado por sus padres, incluyendo la fecha y la firma.

Sección 9: Factores adicionales – Use el espacio indicado para listar factores adicionales que le gustaría que consideremos en su solicitud.

Sección 10: Firma – La solicitud debe ser firmada y fechada por el solicitante. Si el solicitante es casado-a, la solicitud también debe ser firmada por su cónyuge.

IV. Situaciones no cubiertas arriba:

Como no hay modo de justificar cada posible situación en la que el solicitante pueda encontrarse, sea relacionado al trabajo e ingreso, posibilidad de cobertura de seguro, vivienda o apoyo, cualquier situación que no cubrimos arriba; Hutchinson Health reserva el derecho de hacer excepciones en la política basada en circunstancias atenuantes, y puede pedir información adicional que sustente la circunstancia atenuante.

V. Estado de la solicitud:

Un Representante financiero del paciente revisará todas las solicitudes que llegan, tan pronto como las reciba.

A. Solicitudes incompletas:

Si la solicitud está incompleta se le enviará una carta al solicitante dentro de los 3 días de haber recibido la solicitud, explicando que información o documentación adicional se requiere para procesar la solicitud. Se ingresará una nota de cuenta garante en el sistema de facturación indicando que información o documentación se está pidiendo.

B. Solicitudes completas:

Las solicitudes completas serán revisadas por un Representante financiero del paciente para determinar la aprobación o denegación preliminar, basada en la política de asistencia caritativa de Hutchinson Health. Para la aprobación final, la determinación será revisada con el Gerente de servicios financieros del paciente. Los solicitantes que son aprobados para el Programa de asistencia caritativa de Hutchinson Health, serán notificados por escrito dentro de los 5 de la determinación.

C. Solicitudes denegadas:

Los solicitantes que presentan una solicitud completa, pero cuyos ingresos y bienes están por encima de las pautas de ingreso y bienes de la Asistencia caritativa de Hutchinson Health, se les enviará una carta de denegación por correo dentro de los 5 días laborables de la determinación, explicando porque la solicitud fue denegada.

D. Renovación de asistencia caritativa de Hutchinson Health:

Las solicitudes de ayuda financiera aprobadas son válidas por un año. Cualquier solicitante que quiera renovar su estado de ayuda financiera, debe completar nuevamente el proceso de solicitud y ser aprobado.