
Boca Raton Regional Hospital

Programa de Asistencia Financiera

Paquete de la solicitud

Boca Raton Regional Hospital

Guía para inscribirse en el Programa de Asistencia Financiera

En esta guía los pacientes futuros, actuales o anteriores de Boca Raton Regional Hospital encontrarán orientación sobre los pasos, formularios y documentación necesarios para inscribirse en el *Programa de Asistencia Financiera* de Boca Raton Regional Hospital (BRRH). El programa brinda asistencia para la cancelación total o parcial del saldo de la cuenta de los **pacientes sin seguro o aquellos que cuentan con seguro insuficiente**, siempre y cuando el paciente cumpla con los criterios del programa. Es posible inscribirse para el programa para el año calendario en curso, a menos que se especifique algo distinto en circunstancias especiales.

** Recuerde que este programa solo se aplica a los cargos y facturaciones asociados a todos los procedimientos de emergencia y aquellos considerados médicamente necesarios llevados a cabo en Boca Raton Regional Hospital. En el Anexo A de la Política de asistencia financiera puede consultar cuáles son los médicos que prestan servicios al amparo de esta política y cuáles no. Además, esta política no se aplica a los procedimientos clasificados como cirugía plástica (procedimientos cosméticos).

La elegibilidad para el *Programa de Asistencia Financiera* se determina en función de la necesidad financiera en el momento de la solicitud mediante la evaluación de la capacidad del paciente de pagar por los servicios con los ingresos y activos del hogar. **Los hogares con ingresos o activos suficientes deben hacer frente a su responsabilidad financiera de pagar por los servicios prestados por BRRH.**

El *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH está disponible únicamente para los residentes del condado de Palm Beach en Florida. Los residentes de otros condados pueden reunir los requisitos para servicios de emergencia únicamente, incluida cualquier hospitalización derivada de dicha visita de emergencia.

A fin de que podamos determinar apropiadamente su elegibilidad para el programa, debe completar los siguientes pasos.

Paso 1: El paciente debe:

- Ser evaluado por Med Assist (proveedor contratado para evaluar a los pacientes en cuanto a asistencia estatal y local) para determinar si cumple con los criterios para Medicaid. Para ello, los pacientes tendrán que brindar información sobre sus ingresos, ciudadanía, residencia, activos y dependientes. Puede comunicarse con Med Assist al (561) 955-3662.
- **O** inscribirse o haberse inscrito en Medicaid y recibir o haber recibido comprobante escrito de aprobación o rechazo. Los pacientes pueden solicitar asistencia de Medicaid hasta tres meses después de haber recibido el servicio. [Para completar una solicitud o recibir información, comuníquese con Medicaid Florida al (561) 616-5255 o a través de <http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid>]. Si se obtiene la aprobación, entonces el paciente no tiene derecho a los beneficios del *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH. Si se rechaza la solicitud para Medicaid, proceda con el **Paso 2**.

Paso 2: El paciente debe:

- Ser evaluado por Med Assist (proveedor contratado para evaluar a los pacientes en cuanto a asistencia estatal y local) para determinar si cumple con los criterios de Healthcare District del condado de Palm Beach. Para ello, los pacientes tendrán que brindar información sobre sus ingresos, ciudadanía, residencia, activos y dependientes. Puede comunicarse con Med Assist al (561) 955-3662.
- **O** inscribirse o haberse inscrito en Healthcare District del condado de Palm Beach (HCDPBC) u otro programa de asistencia similar del estado o del condado y recibir o haber recibido comprobante escrito de aprobación o rechazo. Los pacientes pueden solicitar asistencia hasta 120 días después de haber recibido el servicio. [Para completar una solicitud o recibir información, comuníquese con HCDPBC al (866) 930-0035 o a través de <http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid>]. Si se obtiene la aprobación, entonces el paciente no tiene derecho a los beneficios del *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH. Si se rechaza la solicitud, proceda con el **Paso 3**.

Paso 3: Complete la solicitud (Formulario A) y firmela. Si no llena la solicitud en su totalidad o si presenta información fraudulenta, se le reenviará la solicitud y no se le otorgará la aprobación para el Programa de Asistencia Financiera de BRRH.

- **Evaluación de la responsabilidad de pagar: Si luego de la revisión de los ingresos, gastos y activos (declarados en el Formulario A) se determina que la persona cuenta con recursos “suficientes” para cubrir los gastos hospitalarios, la solicitud será rechazada. Esto rige, incluso, si el solicitante cumple con los criterios establecidos en las Pautas de niveles de pobreza.**

Paso 4: Recopile y copie la siguiente documentación. Suministrar la mayor cantidad de información posible hará que BRRH evalúe mejor si cumple con los criterios para el programa. Se debe proporcionar una explicación por escrito, **notariada**, de todos los documentos que falten; no presentar toda la información solicitada podrá dar lugar a retrasos o al rechazo de la solicitud.

- 1) Comprobación por escrito de la aprobación o rechazo de Medicaid, Healthcare District del condado de Palm Beach, o de un programa de asistencia similar del estado o condado [las preguntas en relación con estos programas deben dirigirse al (561) 955-3662]. En lugar de un rechazo formal, será suficiente con que Med Assist documente la entrevista de evaluación y la inelegibilidad.
- 2) Declaraciones de impuestos (copia del formulario 1040) de los últimos 2 años o un documento escrito donde consten los motivos por los cuales no se presentó una declaración de impuestos. Si no presentó dichas declaraciones, necesitamos sus dos formularios W-2 más recientes, junto con un Formulario B firmado (incluido en este paquete).
- 3) Los dos últimos recibos de sueldo emitidos por su empleador.
- 4) Documentación de compensación por desempleo o de indemnización laboral (si corresponde).
- 5) Copia de una identificación válida con foto (para los solicitantes mayores de 17 años).
- 6) Documentación de pago de la hipoteca o del alquiler.

- 7) Facturas de servicios públicos y agua.
- 8) Facturas de teléfono o de cable.
- 9) Otras facturas médicas.
- 10) Estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
- 11) Información sobre el registro de vehículos y préstamos (si corresponde).
- 12) Cualquier otro gasto de manutención que nos ayude a determinar sus gastos mensuales.

Paso 5: Complete el Formulario C (*Programa de Asistencia Financiera* de BRRH - Certificado de ingresos).

Paso 6: Cuando haya completado los formularios A, B, y C y recopilado toda la documentación necesaria, envíe copias a:

Boca Raton Regional Hospital
 Attn: Patient Financial Services - Financial Assistance Program 626
 Glades Road
 Boca Raton, FL 33431

Luego de recibir la solicitud del paciente y cualquier otra información financiera u otra documentación necesaria para determinar la elegibilidad, un representante del hospital le notificará al paciente por escrito de la decisión. El hospital también le comunicará al paciente sus responsabilidades según las directrices del programa.

Si tiene alguna otra pregunta o inquietud, llame al departamento de Servicios financieros al paciente al (888) 629-7686.

Gracias por elegir a Boca Raton Regional Hospital.

Requisitos de elegibilidad para el programa:

Tipo de asistencia financiera	Elegibilidad	Descuento y monto adeudado
Asistencia financiera solicitada 100%	Cumple con todos los otros criterios de la solicitud y: el ingreso familiar total del hogar es < o = al 200% de FPG vigente al momento del servicio más reciente	<u>Descuento:</u> amortización del 100% del monto calificado

FORMULARIO A SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA de BRRH.

Nombre del solicitante:		N.º de Seguro Social del solicitante _____
		N.º de Seguro Social del cónyuge/otro: _____
Nombre del cónyuge/otro:	N.º de teléfono del domicilio:	Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Solicitante _____ Cónyuge/otro _____
Dirección:		N.º de teléfono del trabajo: Solicitante _____ Cónyuge/otro _____

¿Tiene hijos? Sí o No

En caso afirmativo indique las edades

No tiene obligación de responder, pero si lo hace, la información proporcionada puede ser útil para que usted logre reunir los requisitos para acceder a un programa de asistencia federal o estatal, por ejemplo, Medicaid o por discapacidad

¿Está usted embarazada? Sí o No

¿Tiene alguna discapacidad? Sí o No

PARTE 1: GASTOS Y PAGOS PLANIFICADOS

A. GASTOS EN EFECTIVO	MENSUAL	PRÓX. 12 MESES	SALDO TOTAL ADEUD
ALIMENTOS			
ROPA			
MÉDICOS			
PERSONALES			
HOGAR:			
Pagos de la casa (hipoteca)/alquiler			
Combustible			
Electricidad			
Teléfono			
TV por cable			
Agua o alcantarillado			
Otro			
REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HOGAR:			
EDUCACIÓN: {matrícula, libros, cuotas, etc.}			
OBSEQUIOS: (vacaciones, cumpleaños, caridad, iglesia, etc.)			
RECREACIÓN			
VEHÍCULOS:			
Pago 1: Año Marca Modelo N.º de préstamo			
Pago 2: Año Marca Modelo N.º de préstamo			
Gasolina y aceite			

Seguro			
Mantenimiento y reparación			
SERVICIOS DE TRANSPORTE: (autobús, taxi, tren, etc.)			
SEGURO:			
Salud			
Dental			
Vida			
Orto			
IMPUESTOS A PAGAR: (impuestos que paga por mes o año)			
Ingreso			
Seguro Social			
Otro			
CUIDADO			
INFANTIL			
MANUTENCIÓN/ PENSIÓN ALIMENTICIA DE LOS HIJOS (PAGADA)			
COMPRAS PLANIFICADAS EN EFECTIVO			
OTRO			
A. GASTOS TOTALES EN EFECTIVO			
B - PAGOS DE DEUDAS			
OTROS VEHÍCULOS Y EQUIPOS			
OTRO: (tarjetas de crédito, préstamos en cuotas, deudas personales, etc.)			
Enumere:			

B. PAGOS TOTALES DE DEUDAS			
TOTAL PARTE I: (A+ B)			

PARTE 2: INGRESOS DEL HOGAR

SOLICITANTE (sueldos, propinas, horas extra, etc.) EMPLEADOR _____			
CÓNYUGE/OTRO (sueldos, propinas, horas extra, etc.) EMPLEADOR _____			
INGRESOS DE LA EMPRESA:			
OTRO (seguro social, jubilación, pensión alimenticia, manutención de los hijos, excombatientes, bienestar, inversiones u otros ingresos, etc.) ENUMERE:			

TOTAL PARTE 2:			
-----------------------	--	--	--

PARTE 3: ACTIVOS

CUENTA CORRIENTE: Banco:	Dirección	N.º de cuenta:	Saldo:
CUENTA DE AHORRO: Banco:	Dirección	N.º de cuenta:	Saldo:
OTRAS CUENTAS: Banco:	Dirección	N.º de cuenta:	Saldo:
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD), ACCIONES, BONOS:		N.º de cuenta:	Saldo:
RESIDENCIA PRINCIPAL:	Valor:		-----
OTROS ACTIVOS: (otros bienes inmuebles, maquinaria, etc.)			Valor:
TOTAL PARTE 3:			

PARTE 4: RESUMEN

A. INGRESO TOTAL (TOTAL PARTE 2)			
B. EFECTIVO (TOTAL PARTE 3)			
C. GASTOS TOTALES Y PAGOS DE DEUDAS (TOTAL PARTE I)			
D. SALDO (A + B - C)			

Certifico que toda la información suministrada por mí es correcta.

Firma del paciente o parte responsable: _____

Fecha: _____

FORMULARIO B

DECLARACIÓN DE “NO PRESENTACIÓN” DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA

Yo, _____(indicar nombre en letra de molde) por medio de la presente indico que no he presentado ningún formulario de declaración de impuestos federales sobre la renta ante el Servicio de Impuestos Internos de EE. UU. en los últimos dos años debido a mi condición de persona de bajos ingresos. Entiendo que al firmar este formulario le otorgo a Boca Raton Regional Hospital el derecho de verificar esta información y de negarme la aprobación para participar en el Programa de Asistencia Financiera de BRRH si dicha información es fraudulenta.

Firma del paciente o parte responsable: _____

Fecha: _____

FORMULARIO C

Programa de Asistencia Financiera de BRRH - Declaración de ingresos

Declaro que mi ingreso familiar en los últimos doce meses ha sido \$_____y que hay _____personas en mi familia. Mi ingreso actual puede verificarse comunicándose con: _____al teléfono: _____.

Entiendo que, conforme a la ley de Florida 817.50, brindar información falsa para defraudar a un hospital con el objetivo de obtener bienes o servicios constituye un delito menor de segundo grado.

Firma del paciente o parte responsable: _____

Fecha: _____

LA LEY DE FLORIDA ESTABLECE QUE:

- 1) **“Es delito menor de segundo grado (FS817.50) obtener servicios del hospital en forma fraudulenta al proporcionar un nombre falso o ficticio, una dirección falsa o ficticia y cualquier otro tipo de información falsa o ficticia que, conforme al artículo FS-382.31, y siguientes, el hospital está obligado a solicitar, o al asignar al hospital el producto resultante de cualquier contrato de seguro, a sabiendas de que dicho contrato ya no está vigente o es inválido, o es nulo por alguna razón; todo ello constituirá una prueba *prima facie* de la intención de dicha persona de defraudar a dicho hospital”.**
- 2) Esto es solo una solicitud para obtener asistencia financiera y **no** un acuerdo para brindar servicios gratuitos.
- 3) La aceptación de su solicitud queda a criterio del hospital para lo cual se necesita el consentimiento del personal médico y de su médico y también depende de la disponibilidad de camas en el hospital y de ciertas limitaciones presupuestarias.
- 4) Esta solicitud, podrá ser aprobada de forma parcial o total, a elección del hospital.
- 5) El hospital podrá restablecer todos los beneficios de atención gratuita en las siguientes condiciones:
 - a) Si existe alguna omisión o error en la solicitud de asistencia financiera;
 - b) Si los gastos de hospitalización son consecuencia de una lesión y existe una reclamación, demanda o litigio entre el paciente, su compañía de seguros o un tercero, el paciente es responsable de la totalidad de los gastos. El paciente no tendrá derecho a los beneficios del Programa de Asistencia Financiera y no se aplicará el descuento por pago directo (sin seguro).
 - c) Si el paciente, o la persona responsable del pago de la factura del hospital, fallece y deja un patrimonio sucesorio, incluso si el único activo es una reclamación o acción legal que se acumula en la herencia.