



Apreciado Paciente de Faith Health,

Está recibiendo esta solicitud de asistencia financiera porque no tiene seguro médico, o puede que no tenga un seguro médico que cubra sus servicios hospitalarios o los servicios clínicos recibidos a través de Faith Health. Faith Health ofrece asistencia a los pacientes para identificar opciones de seguro médico que satisfagan sus necesidades de atención médica. Las opciones de seguro médico incluyen, entre otras, la cobertura patrocinada por el empleador, Medicaid, Medicare, Marketplace y COBRA. También puede ser candidato a los beneficios por discapacidad a través de la Administración de la Seguridad Social. El área de servicio para la asistencia financiera es el Condado de Madison y los condados circundantes en los que Faith Health ofrece servicios. Antes de recibir la asistencia financiera, deberá inscribirse en la opción de cobertura de seguro médico disponible para usted y/o presentar una solicitud de discapacidad.

Si sus ingresos alcanzan al menos el 100% del Nivel Federal de Pobreza, es posible que sea elegible para recibir ayuda con los costos a través del Mercado de Seguros Médicos (Mercado) para su seguro médico. Si es elegible para el Mercado, se le pedirá que solicite, se inscriba y pague el costo de la prima de su seguro médico. La Inscripción Abierta para el Mercado suele ser del 1 de noviembre al 15 de diciembre de cada año. Si cumple los requisitos de elegibilidad para el Mercado y la inscripción no está abierta, los asesores financieros hablarán con usted para determinar si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés). Si cumple los requisitos, se le pedirá que presente su solicitud y se inscriba. Si no es elegible para un Período Especial de Inscripción y se le aprueba la asistencia financiera, ésta finalizará el día anterior a la fecha de inscripción abierta en el Mercado o antes. A continuación, tendrá que rellenar una solicitud de seguro médico en el Mercado durante la Inscripción Abierta y pagar la prima del primer mes para prolongar su asistencia financiera más allá de esta fecha.

Si se determina que es elegible para la cobertura del seguro médico patrocinado por el empleador, su asistencia financiera terminará un día antes del período de inscripción abierta con su empleador.

**Atentamente,
 Asesoramiento Financiero de Faith Health**

Entiendo que debo solicitar todas las coberturas de seguro médico y beneficios por discapacidad elegibles según lo determine un Asesor Financiero antes de ser elegible para recibir asistencia financiera en Faith Health. Entiendo que Faith Health no ofrece seguro médico y sólo puede proporcionar asistencia financiera para ayudarme a pagar mis facturas médicas en Faith Health durante un período de tiempo limitado antes de que se me pida que vuelva a solicitarlo. Entiendo que el área de servicio es el Condado de Madison y los condados circundantes en los que Faith Health ofrece servicios.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Asesor Financiero	Firma del Asesor Financiero	Fecha

Lista de Comprobación de Asistencia Financiera al Paciente

Completar toda la Solicitud de Asistencia Financiera.

- Presentar la solicitud dentro del Período de Solicitud. El período de solicitud comienza treinta (30) días antes de un procedimiento/visita programada y finaliza el 240º día después de la fecha en que se proporciona al paciente el primer extracto de facturación posterior al alta (ya sea en régimen de hospitalización, ambulatorio o visita clínica).
- Si no se presenta toda la información requerida con su aplicación se le enviará una carta de petición. Dispondrá de diez (10) días a partir de la fecha de la carta para facilitar la información requerida. Si la información requerida no es devuelta en el plazo solicitado su solicitud será denegada.
- Completar las solicitudes para los Programas de Asistencia Gubernamental incluyendo, pero no limitado a, Medicaid y el seguro del Mercado. Faith Health ofrece asistencia a través de un tercero para ayudar en la selección de estos servicios. El incumplimiento y/o la falta de cooperación pueden dar lugar a la denegación de su solicitud de asistencia financiera.
- Se podrá solicitar documentación adicional en cualquier momento con el fin de evaluar adecuadamente sus necesidades de asistencia financiera. Si la información adicional no es devuelta en el plazo solicitado su solicitud será denegada.
- Su colaboración al cumplimentar esta solicitud es importante. La cuantía de la ayuda que reciba se determina en función de sus ingresos brutos, el tamaño de su familia y sus bienes, por lo que le rogamos que cumplimente el formulario con exactitud.

Proporcionar la Documentación Requerida

Prueba de Ingresos

- Declaración de la renta federal más reciente. Si presenta la solicitud después del 15 de abril, deberá presentar la declaración de la renta del año más reciente. Si no presenta la declaración de la renta, deberá presentar una carta que confirme su condición de no declarante llamando al 1-800-908-9946 o haciendo una solicitud en [IRS.gov/transcript](https://www.irs.gov/transcript).
- Los talones de las nóminas de los tres meses anteriores de todos los adultos de la unidad familiar. Si no tiene un talón de cheque de pago, por favor proporcione una carta de su empleador indicando la información de sus ingresos. Si usted es un empleado no exento, la carta necesita incluir sus horas/semana, tarifa por hora, y tarifa por horas extras.
- Extractos bancarios completos de los tres meses anteriores de todas las cuentas (corrientes, de ahorro, de ahorro para la salud, etc.)
- Información sobre ingresos de autónomo. Proporcione una copia de su declaración de impuestos federales más reciente y una declaración de pérdidas y ganancias de los últimos tres meses.
- Carta de información sobre beneficios por Desempleo, Discapacidad y/o Ingresos de la Seguridad Social
- Información de Ingresos de Manutención Infantil y/o Pensión Alimenticia
- Información sobre los Ingresos por Compensación al Trabajador
- Información sobre Ingresos Militares
- Extractos de los tres meses anteriores de acciones, bonos, rentas vitalicias y certificados de depósito.

Lista de Comprobación de Asistencia Financiera al Paciente (*continuación*)

Prueba de que no tiene Ingresos

- Carta de apoyo: una carta de la persona con la que vive en la que se indique que le brinda apoyo en forma de comida, alojamiento y cualquier otro tipo de ayuda económica. (Puede tratarse de un amigo, un familiar o un albergue).
- Carta que muestra la denegación del subsidio de desempleo.

Tamaño de la unidad familiar

- El tamaño de la unidad familiar se determinará en función de las personas que figuren en la declaración de la renta presentada. Si desea que se tengan en cuenta personas adicionales para el tamaño del hogar, proporcione una prueba de residencia, como una factura de servicios públicos o información sobre la matrícula escolar.

Patrimonio Neto

- Enumere el valor de la propiedad y la cantidad actual que debe por estos bienes. Proporcione el extracto de préstamo más reciente para cada bien.
 - Hogar
 - Terreno
 - Vehículos
 - Etc.
- Proporcione extractos de todas las demás deudas no garantizadas, como préstamos personales y tarjetas de crédito.

Prueba de Residencia

- Por favor, proporcione una copia de la factura de electricidad o gas.

Firmar, fechar y devolver la solicitud con la documentación requerida arriba indicada.

- Puede ponerse en contacto con uno de nuestros asesores financieros en uno de los siguientes números de teléfono o por el correo electrónico financiamiento@faith.health.
 - Apellidos que empiezan por la A hasta la H (402) 644-7331
 - Apellidos que empiezan por la I hasta la P (402) 644-7366
 - Apellidos que empiezan por la Q hasta la Z (402) 844-8320
- Puede presentar su solicitud por:
 - Correo Electrónico: financiamiento@faith.health
 - Correo Postal o Personalmente: Faith Health
2700 Norfolk Ave.
Norfolk, NE 68701



Nueva Solicitud Renovación de la Solicitud

#1 Parte Responsable

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Edad	
Teléfono Habitación	Teléfono Celular		
Nombre del Empleador	Años que lleva empleado	Teléfono del Trabajo	
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda/Viudo			

#2 Cónyuge

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Dirección (si es diferente de Pacientes)	Ciudad	Estado	Código Postal
Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Edad	
Teléfono Habitación	Teléfono Celular		
Nombre del Empleador	Años que lleva empleado		

#3 Dependientes

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		



Nueva Solicitud Renovación de la Solicitud

#4 Información sobre el Seguro

¿Hay alguien en el hogar que tenga seguro médico? Sí No

Nombre del Asegurado #1	Nombre del Seguro Médico	Número de la Póliza
Nombre del Asegurado #2	Nombre del Seguro Médico	Número de la Póliza

#5 Ingresos Brutos Mensuales del Hogar

	Parte Responsable	Cónyuge
Empleo (<u>Ingresos Brutos</u>)	\$	\$
Autónomo	\$	\$
*Tipo de Actividad _____	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$
Ingresos por alquiler de inmuebles	\$	\$
Desempleo - Fecha de finalización	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Compensación al Trabajador	\$	\$
Manutención Infantil	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$
Ingreso Militar	\$	\$
Ingresos procedentes de Familiares/Amigos	\$	\$
Otros/Contribuciones en Efectivo	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilizar papel adicional para incluir los ingresos de cualquier otro miembro del hogar que no figure en la lista.

#6 Ahorros e Inversiones en Activos

No tengo cuenta corriente No tengo cuenta de ahorros No tengo cuenta de ahorro para la salud

	Parte Responsable	Cónyuge
Saldo de la Cuenta Corriente	\$	\$
Saldo de la Cuenta de Ahorros	\$	\$
Saldo de la Cuenta de Ahorro para la Salud	\$	\$
Jubilación/IRA's/401k/403b	\$	\$
Certificados de Depósito/Anualidades/ Dividendos/Intereses	\$	\$
Acciones/Bonos/Intereses/Seguros de Vida	\$	\$
Otros Ahorros e Inversiones	\$	\$
* _____	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilizar papel adicional para incluir los ingresos de cualquier otro miembro del hogar que no figure en la lista.



#7 Otros Activos

Residencia Principal	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Other Real Estate	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Other Real Estate	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Vehículo #1	Año/Millas	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Vehículo #2	Año/Millas	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Vehículo #3	Año/Millas	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Terreno	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Terreno	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Terreno	Acres	Propietario/Cómo se posee		Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Embarcación	Año	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Autocaravana/ Vehículo Recreativo	Año	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Motocicleta	Año	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Vehículo Todo Terreno	Año	Marca	Modelo	Saldo Restante \$	Valor Actual \$
Otro	Descripción			Saldo Restante \$	Valor Actual \$
				TOTAL \$	TOTAL \$



#8 Pasivos no Garantizados (continuación)

Tarjetas de Crédito		Préstamos	
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$
Nombre	Saldo \$	Tipo	Saldo \$

Rellene esta sección si no está asegurado o tiene un plan de seguro con un deducible elevado.

#9 Preselección de Fuentes Alternativas de Pago

1. ¿Ha solicitado un seguro Médico del Mercado en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí Fecha__	<input type="checkbox"/> No
1a. En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado de la solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Hay alguien en el hogar que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguien del hogar ha abortado en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Hay en el hogar algún menor de 19 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Hay alguien en el hogar que esté o vaya a estar discapacitado física o mentalmente durante los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha perdido la cobertura del seguro médico en los últimos 60 días?	<input type="checkbox"/> Sí Fecha__	<input type="checkbox"/> No
6a. ¿Tiene derecho a los beneficios de COBRA? Por favor, indique el empleador_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha tenido un aumento de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Otros Comentarios

Asignación de Derechos

Entiendo que se requiere una prueba de ingresos (véase la Lista de Comprobación de Asistencia Financiera) para procesar mi solicitud. También entiendo que es posible que se solicite más información antes de poder determinar mi elegibilidad. Por la presente reconozco que la información que figura en esta solicitud es verdadera y correcta. Si alguna información facilitada resulta ser falsa o es ocultada, entiendo que el hospital podrá tomar las medidas que considere oportunas. Acepto que devolveré la asistencia recompensada si recibo algún tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud. Ejemplos de esto serían: pagos de seguros, pagos de programas gubernamentales, acuerdos de demandas o cualquier otra fuente de pago recibida.

 Firma

 Fecha

 Firma

 Fecha

Faith Health no otorgará asistencia financiera en procedimientos que no se consideren médicamente necesarios tales como; pruebas de fertilidad, tratamiento de fertilidad, procedimientos cosméticos, etc. Para poder optar a cualquier tipo de asistencia financiera ofrecida por Faith Health, usted debe ser ciudadano estadounidense, de nacionalidad estadounidense o extranjero que se encuentre legalmente en los Estados Unidos. Las excepciones a esto pueden ser aprobadas por el Director Financiero o su designado. La falta de cooperación con Faith Health o su tercero designado para examinar y/o solicitar fuentes de pago alternativas como Medicaid, Seguro del Mercado, etc. lo descalifica del programa de asistencia financiera ofrecido por Faith Health. En el futuro si su situación financiera mejora y le gustaría recordar la asistencia que recibió por favor considere hacer una donación a la Fundación de Faith Health.

Resumen en Lenguaje Sencillo Faith Health

Faith Health cree que los servicios sanitarios médicamente necesarios y de urgencia deben ser accesibles para todos, independientemente de la edad, el sexo, la religión, el origen cultural, la movilidad física o la capacidad de pago. Faith Health se compromete a prestar servicios de atención médica y reconoce que en algunos casos el paciente no podrá pagar económicamente los servicios recibidos.

Pacientes que Reúnen los Requisitos para la Asistencia Financiera

1. Faith Health determina si usted reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en función de sus ingresos y del tamaño de su unidad familiar en comparación con las Directrices Federales de Pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
2. Los pacientes que no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente y cuyos ingresos familiares anuales sean inferiores o iguales al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) pueden optar a una asistencia financiera.
3. Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, no se le cobrarán cantidades superiores a las que generalmente se facturan a los pacientes que tienen seguro médico y se le proporcionará asistencia financiera basada en una escala móvil de tarifas que compara los ingresos familiares con el FPL.
4. Faith Health puede limitar la elegibilidad para la asistencia financiera basándose en la residencia del paciente en relación con el Condado de Madison, NE, y otros factores según lo establecido en la Política de Asistencia Financiera.
5. Por favor, visite www.faith.health para obtener una lista de todos los médicos y determinar si un médico en concreto sigue la Política de Asistencia Financiera de Faith Health.

Cómo Aplicar

Faith Health insta a cualquier persona que crea que puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera a que rellene y envíe una solicitud de asistencia financiera a Asesoramiento Financiero en Faith Health, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o electrónicamente enviando la solicitud y la documentación de respaldo por correo electrónico a financial_counselors@faith.health.

Puede obtener gratuitamente una copia de la Política y una solicitud de asistencia financiera en el sitio web de Faith Health, www.faith.health, o visitando a un Asesor Financiero o Inscribiéndose en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska. La Política y una solicitud de asistencia financiera también pueden serle enviadas gratuitamente por correo poniéndose en contacto con Asesoramiento Financiero por el (402) 371-4880.

Más información y Asistencia para la Solicitud

Si tiene preguntas sobre la asistencia financiera o necesita ayuda para solicitarla, puede ponerse en contacto con el Asesoramiento Financiero en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o llamando al (402) 371-4880.

Copias traducidas al español de este resumen, la política y una solicitud de asistencia financiera están disponibles en la página web del Hospital en www.faith.health, previa solicitud a la Asesoría Financiera en 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o llamando al (402) 371-4880.