



La Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Hendricks Regional Health (HRH) existe para ofrecerles atención de emergencia o necesaria por razones médicas, con descuento parcial o total, a los pacientes elegibles para recibirla. Los pacientes que aspiran a recibir Asistencia Financiera deben solicitar el programa, que se resume a continuación.

Elegibilidad. Los residentes del condado de Hendricks y de las áreas donde se prestan principalmente los servicios son elegibles para presentar una solicitud. La FAP puede cubrir los servicios de atención de emergencia o necesarios por razones médicas que brinda Hendricks Regional Health, tanto en el hospital como en los consultorios médicos. Otros servicios, como patología, médicos de la sala de urgencias y radiología, son ejemplos de servicios que pudieran no estar incluidos en la Política de Asistencia Financiera de HRH. Es responsabilidad del paciente comunicarse con cada proveedor de servicios para solicitar información sobre la participación en la FAP de Hendricks Regional Health.

Solicitudes de la FAP y proceso de solicitud

- Antes que nada, obtenga una solicitud de asistencia financiera gratuita y una copia de la FAP comunicándose con nosotros con el método que se describe a continuación. También puede pedir ayuda para completar la solicitud comunicándose con nosotros
 - **En persona:**
 - Patient Financial Services 252 Meadow Dr. Danville, IN 46122
 - Área de ingreso o departamento de emergencias: ubicaciones de hospitales de Hendricks Regional Health en Danville y Brownsburg
 - **Por teléfono** al 317.745.3534
 - **En línea** en www.hendricks.org/financiamiento
- Presente (por correo o en persona) las solicitudes completadas y los documentos que las sustentan como se describe en las instrucciones de la solicitud, a:

Hendricks Regional Health
Patient Financial Services
252 Meadow Drive
Danville, IN 46122
- Período de solicitud: se aceptará un paquete de solicitud completado (la solicitud y todos los documentos exigidos) durante 240 días desde la fecha del primer aviso de servicios elegibles que se emita después de que se dé al alta.
- No podemos procesar solicitudes incompletas. Se hará una retención de las cuentas y a los solicitantes se les notificará por escrito y se les darán 30 días desde la fecha de la notificación para que presenten los documentos obligatorios.

Determinación de la elegibilidad para asistencia financiera: Hendricks Regional Health se basa en los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) del gobierno federal para nuestra determinación de elegibilidad para la FAP. La atención médica de las personas elegibles se cubrirá de forma total o parcial y no se les cobrará más que los Montos Generalmente Facturados (Amounts Generally Billed, AGB) para personas que poseen un seguro según lo define la Sección 501 (r) del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).

Ingresos familiares entre 0% y 200% de los FPG: descuento de 100%
Ingresos familiares entre 201% y 250% de los FPG: descuento de 90%
Ingresos familiares entre 251% y 300% de los FPG: descuento de 80%
Ingresos familiares entre 301% y 350% de los FPG: descuento de 70%
Ingresos familiares entre 351% y 400% de los FPG: descuento de 60%

Preguntas: Llámenos al 317.745.3534, de lunes a viernes entre 8:00 y 4:30



Nombre: _____

Número de cuenta: _____

Importante: Podría recibir atención gratuita o con descuento.

Completar esta solicitud permitirá que Hendricks Regional Health determine que usted puede ser elegible para recibir servicios gratuitos o con descuento conforme a su Programa de Asistencia Financiera.

Llene este formulario lo antes posible después de la fecha en que se le brindó el servicio para que Hendricks Regional Health determine si usted es elegible para recibir asistencia financiera. Aceptaremos su solicitud hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta del paciente que se emita después de que se le dé de alta.

| Información del fiador | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Número de teléfono elegido | | |
| Dirección de habitación | Ciudad | Estado | Código postal | Condado de residencia |
| Estado civil del solicitante <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a | | | | |
| Número de Seguro Social | Información del seguro médico | Empleador | | |
| Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a | | | | |

Enumere a todos los integrantes de su núcleo familiar a continuación, inclúyase a usted y a todas las personas que puedan figurar en su declaración de impuestos federales. Para familias con más de cinco integrantes, adjunte una lista de los integrantes adicionales del núcleo familiar.

| Nombre legal completo | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social | Parentesco |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Cuestionario | |
|--|---|
| ¿Tenía seguro médico en la fecha en que se prestaron los servicios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha solicitado Medicaid o algún otro tipo de asistencia estatal o federal? En caso afirmativo, especifique el programa: _____ Fecha de solicitud: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Los servicios que se brindaron se relacionaban con alguno de los eventos que se nombran a continuación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fue un <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Delito <input type="checkbox"/> Accidente laboral con lesión <input type="checkbox"/> Otro: _____ | En caso afirmativo, fecha de la lesión |
| ¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA)? En caso afirmativo, ¿cuál es el saldo actual? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Participa en un programa de costos compartidos o de Medi-Share? En caso afirmativo, indique el monto del pago recibido: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |



Nombre: _____

Número de cuenta: _____

Elegibilidad presunta

Los pacientes sin seguro o fiadores que entreguen *comprobantes de elegibilidad* para alguno de los programas que se enumeran a continuación, individualmente o mediante los beneficios que se le ofrecen a su familia, son elegibles de manera automática para recibir asistencia.

Marque todos los que correspondan y entregue los documentos que los respalden:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families program, TANF) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) | <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzos Gratis o a Precio Reducido de Indiana |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Atención Médica Especial Infantil de Indiana | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Recursos |
| <input type="checkbox"/> Programas estatales de Medicaid (para usted o un dependiente) | <input type="checkbox"/> Sin vivienda |
| <input type="checkbox"/> Paciente fallecido sin patrimonio | <input type="checkbox"/> Programa basado en ingresos estatales o federales que no está en la lista: |

Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en función de la elegibilidad para uno de los programas anteriores, **DETÉNGASE:** ya está listo. Firme la Certificación del Solicitante en la parte inferior de esta página y envíe su solicitud con *comprobantes de elegibilidad* para los programas correspondientes. Pueden exigirse documentos adicionales para los programas que no están en la lista.

Información exigida y documentos de respaldo

Identificación válida con fotografía, emitida por el gobierno:

- Licencia de conducir, pasaporte, etc.

Documentos fiscales (presente todos los que correspondan):

- Formularios de impuestos sobre la renta estatales y federales más recientes, incluidos los Anexos C, D, E y F si se introdujeron

Comprobante de ingresos de todos los integrantes del núcleo familiar (envíe todo lo que corresponda):

- Últimos dos meses de comprobantes de pago del empleador o de pensión por desempleo
- Hoja de trabajo de empleo por cuenta propia (disponible en línea en hendricks.org/FinancialAssistance)
- Carta de beneficios del Seguro Social del año en curso (si corresponde)
- Documentos que sustenten todas las fuentes adicionales de ingresos (por ejemplo, cuentas individuales de jubilación [Individual Retirement Accounts, IRA], rentas anuales, etc.)
- Formulario de autorización de WorkOne (si está desempleado actualmente)

Comprobante de bienes:

- Últimos dos estados de cuenta de todas sus cuentas corrientes y de ahorros

Si un solicitante no posee ninguno de los documentos que se nombraron para que se comprueben sus ingresos, puede llamar al departamento de Cuentas del Paciente para considerar otros comprobantes que puedan entregarse para demostrar que es elegible.

Certificación de solicitud:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que Hendricks Regional Health puede verificar la información facilitada, y autorizo a que Hendricks Regional Health se comunique con terceros para que verifiquen la exactitud de la información presente en esta solicitud. Entiendo que si la información que doy es falsa o no revelo



Hendricks
Regional Health

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre: _____

Número de cuenta: _____

información relevante, de forma intencional, no podré ser elegible para recibir la asistencia financiera; cualquier asistencia financiera que se me conceda puede anularse y tendré que responder por el saldo.

Firma del fiador

Fecha

Presente las solicitudes completadas:

En persona o por correo

Hendricks Regional Health

Attn: Financial Counselor

252 Meadow Drive

Danville, IN 46122

¿Necesita ayuda?

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este proceso de solicitud, comuníquese con el departamento de Cuentas de Pacientes al 317.745.3534 de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes.



RELEASE OF INFORMATION

*APPLICANT'S NAME: _____

Additional names used during employment: _____

*SOCIAL SECURITY or INDIVIDUAL TAX IDENTIFICATION NUMBER ----- _____

***Applicant contact information*

Email Address: _____ Phone Number: _____ - _____ - _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

I authorize the Indiana Department of Workforce Development to release all wage and unemployment benefit information to the organization below.

*SIGNATURE OF APPLICANT

*TODAY'S DATE:

NOTE: RELEASE MUST BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS OF APPLICANT SIGNING RELEASE FORM.

Check this box if a Power of Attorney is attached.

NOTE: This section must be completed by the organization requesting employment history.

By signing below you agree that you understand that data we release to you is protected under state law (IC 22-4-19-6) and federal regulations (20 CFR § 603.5) as confidential information. You also confirm that you have verified the applicant's identity by viewing some type of photo identification.

*SIGNATURE OF REQUESTOR: _____

*Printed Name of the Requestor: _____

* Requesting Organization: _____

*Email Address: _____

*Phone Number: _____ - _____ - _____ Fax Number: _____ - _____ - _____

***REQUIRED FIELDS**

****Applicant's phone number, email address, or mailing address is required.**

Email employverification@dwd.in.gov to reach a DWD employment history or LKE website specialist.



1000 East Main Street
P.O. Box 409
Danville, IN 46122-0409
Teléfono: (317) 745-3534
Fax: (317) 745-8400
www.hendricks.org

**DECLARACIÓN DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA DE 2023 PARA
RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL: _____

Yo, _____ trabajo por cuenta propia y estimo que,
después de todos los gastos, mis ingresos de 2023 serán de:

\$ _____.

Firma: _____

Fecha: _____