

METHODIST HEALTHCARE

“Serving Humanity to Honor God”

Resumen de Asistencia Financiera para Methodist Hospital, Methodist Children's Hospital, Methodist Specialty and Transplant Hospital, Metropolitan Methodist Hospital, Methodist Texsan Hospital, Northeast Methodist Hospital, Methodist Stone Oak Hospital, Methodist Hospital South, y Methodist Ambulatory Surgery Hospital:

Como parte de nuestra misión, Methodist Healthcare proporciona atención a los pacientes sin los medios económicos para pagar servicios hospitalarios. Se atenderá a todos los pacientes que se acudan a cualquier centro de Methodist Healthcare independientemente de su raza, credo, color o nacionalidad y que estén clasificados como indigentes financieras o médicamente.

Una persona indigente médicamente es aquella que no tiene un seguro o tiene un seguro insuficiente y es aceptada para recibir atención sin obligación de pagar servicios o con descuento con base en el ingreso y el tamaño de la familia. El hospital usa las pautas de ingresos de la pobreza emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para determinar si una persona es elegible a atención de beneficencia.

Un paciente médicamente indigente es una persona cuyas cuentas hospitalarias después del pago por pagadores terceros excede el 10 por ciento de su ingreso anual bruto y no puede pagar resto de la cuenta. Methodist Healthcare puede considerar otros los recursos y obligaciones financieras del paciente al determinar su capacidad de pago.

La asistencia financiera con respecto a urgencias y atención médica necesaria puede estar disponible para los pacientes que no califican para recibir asistencia estatal o federal. En la mayoría de los casos, los pacientes que se encuentren por debajo del 200 por ciento de las pautas federales para pobreza con base en el ingreso familiar total pueden recibir una dispensa del 100 por ciento de su factura (sujeto a los requisitos de verificación de ingresos/documentación). En ciertos casos, aplican otros descuentos que van de 40 a 90 por ciento si el ingreso familiar del paciente es mayor a 200 por ciento y no más de 500 por ciento de las pautas federales de pobreza.

Existe más información de elegibilidad y asistencia, una copia gratuita de nuestra política de asistencia financiera, la forma de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera (en inglés o español), y una lista de médicos que proveen de emergencia u otros servicios médicos necesarios en las instalaciones de Methodist Healthcare (y si sus servicios están cubiertos bajo el plan de asistencia financiera) que se pueden solicitar por escrito en la siguiente dirección:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

O puede visitar nuestro sitio web: www.sahealth.com y hacer clic en "Charity Care."

Usted puede solicitar asistencia financiera llenando la solicitud mencionada anteriormente y enviándola a la dirección que antecede.

METHODIST HEALTHCARE

“Serving Humanity to Honor God”

Si usted lee legible para asistencia financiera, la cantidad cobrada por una urgencia u otro servicio médico necesario no excederá las cantidades que normalmente se cobran a los pacientes con seguro.

La información adicional sobre el programa y la asistencia financiera de Methodist Healthcare y sobre como solicitar asistencia financiera se puede obtener de la oficina en:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

Or, you can call each location at:

Methodist Ambulatory Surgery Hospital	866-396-9839
Methodist Stone Oak Hospital	866-329-9475
Methodist Hospital and its campuses:	866-391-2019
• Methodist Boerne Emergency Center, a Department of Methodist Hospital	866-396-9877
• Methodist Children’s Hospital	866-391-2019
• Methodist Texsan Hospital	866-291-3650
• Methodist Specialty and Transplant Hospital	866-391-2013
• Metropolitan Methodist Hospital	866-391-2014
• Metropolitan Methodist Emergency Department at the Quarry	866-391-2014
• Northeast Methodist Hospital	866-391-2016
• Methodist Hospital South	855-890-3305

Patient/Representative Signature: _____

Date: _____

Witness Signature: _____

Date: _____

Solicitud de Ayuda Financiera de Methodist Healthcare System

Nombre del Paciente		Numero de Cuenta del Paciente
Numero de Telefono	Numero de Segura Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)
D Empleado D Desempleado		
Patron (Nombre, Direccion y Numero de Telefono)		
Nombre del Conyuge	Numero de Segura Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)
Padre del Paciente (si el paciente es menor)	Numero de Segura Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)
Madre del Paciente (si el paciente es menor)	Numero de Segura Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)

A. Salarios: Por favor anote los salarios de cada una de las siguientes personas de su hogar.			
Circule una opción		Circule una opción	
Paciente \$ _____	Hr/ Semi Mes/ Año	Padre del Paciente (si el paciente es menor) \$ _____	Hr/ Semi Mes/ Año
Conyuge \$ _____	Hr/ Semi Mes/ Año	Madre del Paciente (si el paciente es menor) \$ _____	Hr/ Semi Mes/ Año

B. Otros Recursos: Por favor proporcione la cantidad total de otros recursos con que usted cuente, incluidas las cuentas de ahorros, cuentas de cheques, acciones, bonos, etc. \$ _____ Por favor proporcione la cantidad del ingreso anual que usted recibe de estos otros recursos, incluidos los ingresos por intereses, dividendos, ingresos por renta o alquiler, etc. \$ _____
--

C. **Familiares:** Por favor indique el numero de personas que viven en el hogar del paciente.

D. **Verificación de Los Ingresos:** Por favor proporcione alguno de los siguientes tipos de documentos para verificar sus ingresos.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Forma W-2 del IRS Remesa o giro de su sueldo Declaración de Impuestos Estado de Cuenta Bancaria | <ul style="list-style-type: none"> Verificación del Patron Comprobación de Participación en programas Gubernamentales de Asistencia como los de estampillas para alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC Segura Social o Cartas de Determinación de la Indemnización por Desempleo Otro(s), por favor describalos |
|--|--|

Si usted no puede proporcionar alguno de los documentos de sus fuentes de ingresos mencionados arriba, por favor explique la razón por la cual no tiene esta información:

Entiendo que Methodist Healthcare System (MHS) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Ayuda Financiera ("Solicitud") relacionada con la evaluación que MHS haga de esta Solicitud, y por medio de mi firma en la presente autorizo a mi patron a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. Tambien autorizo a MHS a solicitar informes de las instituciones de información crediticia y de la Administración del Segura Social. Certifico que esta información es verdadera a mi total saber y entender y se que la falsificación de información en esta Solicitud puede ocasionar que se me niegue la ayuda financiera.

Entiendo que cualquier ayuda financiera esta basada en mi incapacidad de pago y si alguna nueva fuente de ingreso se encuentra disponible, Methodist Healthcare System podría revertir su otorgamiento de ayuda financiera en todo o en parte.

Fecha _____

Firma del Paciente o la Persona Responsable

Fecha _____

Firma del Empleado de MHS si alguna parte de la Solicitud de Ayuda Financiera fue llenada por un Empleado de MHS

Información e Instrucciones para la Solicitud de Ayuda Financiera de Methodist Healthcare System

Instrucciones:

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad y en cumplimiento de uno de Los objetivos de beneficencia de Methodist Healthcare Ministries, Methodist Healthcare System decide proporcionar ayuda financiera a las personas que cumplen con ciertos requisitos en materia de ingresos.

Para determinar si una persona puede calificar para recibir ayuda financiera, necesitamos obtener cierta información financiera, como se indica en esta solicitud. Su cooperación nos permitira dar la debida consideración a su solicitud de ayuda financiera.

Por favor llene la Solicitud de Ayuda Financiera y regrese el formato lleno al Representante del Registro, o bien mande por correo el formato lleno a la siguiente dirección:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

Una vez que la solicitud haya sido revisada y procesada, le notificaremos sobre nuestra decisión. Si usted es elegible para recibir ayuda financiera, puede solicitar la información que describe el proceso que utiliza Methodist Healthcare System para calcular la cantidad a pagar. La cantidad a pagar no excedera las cantidades que generalmente se le cobran a Los pacientes que cuentan con seguro médico, las cuales se determinan utilizando Los métodos "look back" (calculo de Los intereses sobre pagos pendientes) descritos en las reglamentaciones de/ Internal Revenue Service (Sistema de Administración Tributaria). La solicitud para obtener esta información debera dirigirse a:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

Sección A: Salarios

En la Sección A de la Solicitud de Ayuda Financiera, por favor indique la Cantidad en Dolares que recibe cada persona como remuneración y si la cantidad representa la remuneración por hora, por semana, por mes o por año.

Sección B: Otros Recursos

En el primer espacio de la Sección B de la Solicitud de Ayuda Financiera, por favor indique la Cantidad en Dolares que usted ha invertido en cuentas de cheques, de ahorro, en acciones, etc. En el segundo espacio por favor indique la Cantidad en Dolares que usted recibe como ingreso por esas inversiones cada año. Por ejemplo, en el primer espacio alguien puede poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorro y en el segundo espacio puede poner que gana \$250 de intereses anuales de esa cuenta.

Sección C: Familiares

La Sección C de la Solicitud de Ayuda Financiera solicita información sobre el número de personas que hay en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al conyuge (esposo o esposa) del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es menor de edad, por favor incluya al paciente, a la mamá y/o papá y/o tutor legal del paciente y a todos los Dependientes Residentes de la mamá y/o papá y/o tutor legal del paciente.

Sección D: Verificación de Los Ingresos

Para considerar su solicitud de ayuda financiera, se requiere la verificación de los salarios reportados en la Sección A de la Solicitud de Ayuda Financiera. Por favor proporcione una copia de la forma W-2 del IRS, su Declaración de Salarios e Impuestos; la remesa o giro de su sueldo; su declaración de impuestos; su estado de cuenta bancaria u otro indicador apropiado de sus ingresos o comprobación de su participación en un programa de beneficio público como el Seguro Social, la Indemnización por Desempleo, Medicaid, el Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Estampillas para Alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico Infantil, u otros programas similares relacionados con los indigentes.

Usted también puede verificar su salario pidiéndole a su patrón que proporcione una verificación por escrito o pidiendo a su patrón que hable con un representante de MHS.

Si usted no puede proporcionar alguno de Los documentos mencionados arriba que prueben su fuente de ingresos, por favor proporcione una explicación por escrito de ello en la Sección D de la Solicitud de Ayuda Financiera.

Servicios de Los Médicos

Los médicos que proporcionan servicios no son empleados de Methodist Healthcare System. Usted recibirá facturas separadas de SU médico privado y de los otros médicos cuyos servicios usted solicitó. Si tiene alguna duda sobre estas facturas, o si desea hacer arreglos para el pago de los servicios de los médicos, por favor diríjase al consultorio individual de cada médico.