



Now part of WellSpan Health



Now part of WellSpan Health

**FINANCIAL ASSISTANCE POLICY – PLAIN LANGUAGE SUMMARY**

**CRITERIOS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA – RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO**

El Programa de asistencia financiera del Chambersburg Hospital y del Waynesboro Hospital, también conocido como *Summit Care* [Cuidado Summit], existe para brindar a los pacientes elegibles descontados servicios médicos de emergencia o medicamento necesarios.

**Los servicios elegibles** son los servicios médicos de emergencia o medicamento necesarios brindados y facturados por los hospitales Summit. Se aplican algunas exclusiones tales como procedimientos cosméticos, atención sin carácter de emergencia que se busca fuera de la red, o servicios sin carácter de emergencia que se solicitan sin tener en cuenta los requisitos de autorización previa.

**Los pacientes elegibles** son los pacientes que viven en nuestra comunidad que reciben servicios elegibles, así como los pacientes que visitan nuestra comunidad y desarrollan una necesidad de servicios con carácter de emergencia. Los pacientes tienen que presentar una solicitud de ayuda financiera completa que incluye la información financiera necesaria; nuestro Departamento de Contabilidad de Pacientes tiene que determinar que son elegibles.

**Como solicitar**

- Se puede obtener las solicitudes de *Summit Care* [Cuidado Summit] de la siguiente forma:
  - Al registrarse en el hospital
  - De un consejero financiero o consejera financiera del hospital
  - En la sala de emergencias del hospital
  - Descargar de [www.summithealth.org/SummitCareApplication](http://www.summithealth.org/SummitCareApplication)
  - En su estado de cuenta
  - Llamar o visitar al *Patient Accounting Department* [Departamento de Contabilidad de Pacientes]:
 

Chambersburg Hospital	Waynesboro Hospital
760 E Washington St	501 E Main St
Chambersburg, PA	Waynesboro, PA 17268
(717) 267-7129	(717) 765-3406
- Completar la solicitud, reunir la información financiera solicitada, y mandar la solicitud por correo o traerla al *Patient Accounting Department* [Departamento de Contabilidad de Pacientes].
- Si necesita ayuda para completar su solicitud de *Summit Financial Assistance* [Asistencia Financiera Summit] o tiene preguntas sobre la solicitud, comuníquese con nosotros para que un miembro de nuestra personal de Contabilidad de Paciente lo/la ayude.

**La determinación de elegibilidad** se basa en el tamaño del hogar, los ingresos y los bienes. Se aprueba la asistencia financiera para las personas elegibles utilizando una escala de descuentos cuando los ingresos familiares están al nivel del 300% de los criterios federales de pobreza o debajo de ellos (FPG = siglas en inglés de criterios federales de pobreza).

Ingresos familiares del 0 al 200% de FPG	-	100% de asistencia financiera, paciente paga \$0.00
Ingresos familiares del 201 al 300% de FPG	-	60% de asistencia, paciente paga el 40%.

Si un paciente califica para asistencia financiera, Summit se compromete a facturar no más del promedio de las cantidades que son generalmente facturadas a pacientes en nuestras comunidades que califican para asistencia financiera.

**Aviso:** Se tienen en cuenta otros criterios más allá de los FPG (=criterios federales de pobreza), tales como la disponibilidad de efectivo u otros bienes líquidos que puedan ser fácilmente convertidos en efectivo. No se aceptan solicitudes incompletas pero se les avisa a los solicitantes y se les da la oportunidad de suministrar la información que falta. Para ver la póliza completa, haz clic [aquí](#).



Now part of WellSpan Health



Now part of WellSpan Health

Solicitud de ayuda financiera para Chambersburg Hospital y Waynesboro Hospital

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_

**Miembros del hogar – (incluya solamente dependientes en el hogar)**

Nombre:	Relación: Yo mismo/a	Fecha nacimiento: [f pt birthdate]	Núm. Seguro social: [f pt ssn]
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

**Ingresos brutos mensuales del hogar recibidos)**

Retribuciones/Salarios antes de los impuestos): _____	Jubilaciones/Anualidades: _____
Seguro social: _____	Otra discapacidad: _____
SSI/SSDI: _____	Asistencia en efectivo: _____
Compensación por desempleo: _____	Compensación de la Compensación Obrera: _____
Manutención para hijos menores: _____	Manutención de la cónyuge/del cónyuge: _____
Beneficios de la Administración de Veteranos: _____	Intereses/Dividendos: _____
Otros ingresos: _____	

**Recursos del hogar:**

Cuenta(s) de cheques(s) _____	Cuenta(s) de ahorro: _____
Cuenta de Ahorros de Navidad/Vaciones: _____	Acciones o bonos: _____
Certificados de depósito: _____	Cuentas del mercado monetario: _____
Fondos fiduciarios _____	Bonos de ahorro de los Estados Unidos: _____

**Para procesar su solicitud, hay que devolver la siguiente información con este formulario:**

- Declaraciones de las cuentas de cheques y de ahorros que muestran las actividades detalladas del mes previo (individuales y empresariales). Las declaraciones tienen que mostrar el nombre de la institución financiera y el nombre y número de la cuenta del cliente.
- Declaración de Impuestos Federales incluyendo todos los anexos.
- Recibos de pago o una carta del empleador que enumera las remuneraciones 30 días anteriores a partir de la fecha de servicio.
- Prueba de todos los otros ingresos brutos mensuales del hogar recibidos durante el año.

¿Ha solicitado la Asistencia Médica durante los últimos 90 días? Sí / No En caso afirmativo, favor de adjuntar el aviso de determinación de elegibilidad.

Es usted un miembro de un ministerio que comparte cuidado de salud? Si / No

**¿Tenemos su permiso para compartir la información contenida en esta solicitud con otros proveedores de atención médica para que ellos determinen la elegibilidad para asistencia financiera para los servicios de ellos? Sí / No**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y completa y que puede ser verificada por su exactitud. Comprendo que la falsificación intencional o la omisión de información contenida en esta solicitud resultará en la negación de asistencia financiera.

**Firma solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si tiene preguntas, llamar: Chambersburg (717) 267-7129 Waynesboro (717) 765-3406**

For Office Use Only

Approved Date: _____	Discount %: _____	Expiration Date: _____
Denied Date: _____	Reason for Denial: _____	Over Income _____ All documentation not received
Income: _____	Processor: _____	Date: _____