



Gracias por elegir a Stormont Vail Health como su proveedor de atención médica. La misión de Stormont Vail Health es "Trabajar juntos para mejorar la salud de nuestra comunidad".

Como parte de nuestra misión, Stormont Vail Health tiene un Programa de Asistencia Financiera (FAP) para nuestros pacientes que no pueden pagar su factura en su totalidad por atención de emergencia y medicamente necesaria. A una persona elegible para FAP no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención medicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Consulte la parte posterior de esta página para determinar si puede calificar para FAP.

Si desea solicitar este programa, el **formulario de solicitud de asistencia financiera debe completarse, firmarse y devolverse a Stormont Vail Health a través del correo electrónico de EE. UU.: 1500 SW 10th Ave, Topeka, KS 66604; en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones; o por correo electrónico a billinghelp@stormontvail.org.**

Además, se debe adjuntar *toda la* documentación de respaldo requerida.

La Asistencia Financiera no será aprobada sin la presentación de la documentación de respaldo requerida.

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de haber incluido documentación de respaldo para cada línea completada en la Solicitud Financiera. Ejemplos de documentación de respaldo requerida son:

- _____ Formularios de impuestos federales sobre la renta 1040 más recientes (todos los formularios presentados ante el IRS) con W2s.
 - Si no ha presentado impuestos, envíe una carta indicando por qué.
- _____ Recibos de sueldo de los últimos dos meses para usted y su conyuge
- _____ Documento judicial que indica el monto de la pensión alimenticia
- _____ Documento de la corte que indica la cantidad de manutención de los hijos
- _____ Carta de beneficios del Seguro Social
- _____ Carta/declaración de beneficios por discapacidad
- _____ Carta de beneficios por desempleo
- _____ Carta/declaración de beneficios de pensión
- _____ Cuenta de resultados por intereses y dividendos
- _____ Comprobante de cualquier otro ingreso
- _____ Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes de cuentas corrientes y/o de ahorros
- _____ Copias de las declaraciones más recientes para otros recursos (CD, mercados monetarios, acciones, bonos, fondos mutuos, etc.)

La falta de devolución de la solicitud con la documentación requerida puede resultar en que su cuenta vaya a una agencia de cobro externa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier actividad de cobro extraordinario (ECA). ECA incluye demandas, gravámenes sobre la residencia, arrestos, someter a individuos a mandamientos de embargos corporales, embargo de salarios, ejecución hipotecaria de bienes inmuebles, incautación de cuentas bancarias u otros bienes personales, e informes a agencias de crédito.

- Espere al menos 30 días para la determinación de elegibilidad.
- Le enviaremos una notificación por escrito sobre su elegibilidad una vez que la solicitud haya sido recibida y revisada.

Requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera

- 1) La elegibilidad para la asistencia financiera requiere la cooperación completa del solicitante durante el proceso de solicitud.
- 2) El paciente debe recibir servicios de emergencia no electivos o médicamente necesarios. Quedan excluidas las ayudas económicas los siguientes servicios:
 - Vacunas infantiles cubiertas por el programa Vacunas para Niños
 - Vacunas para adultos (excepto gripe, tétanos y neumovax)
 - Exámenes relacionados con la pérdida de peso administrados en la clínica y cirugía realizada en el hospital, **excepto** que hasta veinte (20) pacientes pueden estar cubiertos por año bajo esta póliza en un año calendario: 10 quirúrgicos y 10 no quirúrgicos
 - Servicios cosméticos
 - Medicamentos cubiertos por un programa de reembolso de medicamentos
 - Medicamentos proporcionados para servicios no emergentes
 - Equipo médico duradero
 - Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos administrados en la clínica, **excepto** que hasta 100 pacientes en un año calendario pueden estar cubiertos por medicamentos anticonceptivos o dispositivos anticonceptivos bajo esta política.
 - Tarifa de finalización del formulario
 - Tarifa "No show"
 - Honorarios por testimonio médico
 - Tarifa de examen de la Administración Federal de Aviación y el Departamento de Transporte
 - Cuota de examen previo al empleo
 - Pruebas de fertilidad
 - Pruebas genéticas.
- 3) El paciente debe ser residente de Kansas durante los últimos 3 meses.
- 4) Si se lo remite al Programa de Asistencia Hospitalaria, el paciente debe cooperar en la búsqueda de otros recursos para el pago.
- 5) El paciente debe cooperar con las solicitudes de información de la compañía de seguros y proporcionar la información de seguro solicitada antes de que los requisitos de presentación oportuna de la compañía de seguros hayan expirado.



- 6) La asistencia financiera, si corresponde, se considera secundaria a otra responsabilidad, no solo para incluir el seguro.
- 7) Los pagos recibidos por el paciente directamente de su compañía de seguros, deben aplicarse al saldo pendiente.
- 8) El saldo de la cuenta del paciente no puede tener una sentencia ordenada por el tribunal aplicada para satisfacer la cantidad adeudada.
- 9) Los ingresos anuales deben estar por debajo del 300% de las Pautas Federales de Pobreza publicadas más recientemente, y tener activos líquidos no jubilables inferiores a \$10,000.
- 10) Medicaid Spenddown no califica para Asistencia Financiera según las Regulaciones Federales.
- 11) El Vicepresidente Senior y el Director Financiero o el Director Administrativo del Ciclo de Ingresos pueden hacer excepciones a esta política caso por caso.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Programa de Asistencia Financiera, completando la Solicitud de Asistencia Financiera, o si desea solicitar una copia de la política FAP de Stormont Vail Health, de forma gratuita, llame a Servicio al Cliente al 785-354-1150, al número gratuito (800) 637-4716, o envíe un correo electrónico a: billinghelp@stormontvail.org.

Por favor devuelva la solicitud completa y los archivos adjuntos a:

Asistencia financiera de Stormont Vail Health
1500 SW 10th Ave
Topeka, KS 66604