



Gracias por elegir Stormont Vail Health como su proveedor de la salud. 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 ayuda financiera (FAP, por sus siglas en inglés) para nuestros pacientes que no pueden pagar la totalidad de sus facturas por cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios. A un individuo elegible para el FAP no se le cobrará por cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios más de lo que se le cobraría normalmente a una persona con un seguro que le cubra esos cuidados. Consulte el dorso de esta página para determinar si podría calificar para el FAP.

Si quisiera aplicar para este programa, **debe completar y firmar el Formulario de solicitud de ayuda financiera y entregarlo a Stormont Vail Health. Además, debe adjuntar toda la documentación de apoyo requerida.**

Si no presenta la documentación de apoyo requerida, no se aprobará la ayuda financiera.

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de incluir la documentación de apoyo para cada ítem de la solicitud financiera. Algunos ejemplos de documentación de apoyo requerida:

_____ Formularios de declaración de impuestos federales 1040 más recientes (todos los formularios presentados al IRS) con W2.

- Si no ha presentado declaración de impuestos federales, envíe una carta explicando por qué.

_____ Talones de pago del último mes suyo y de su cónyuge.

_____ Documento legal que indique el monto de la pensión alimenticia.

_____ Documento legal que indique el monto de la manutención infantil.

_____ Carta/declaración de beneficios de seguridad social.

_____ Carta/declaración de beneficios por discapacidad.

_____ Carta de beneficios por desempleo.

_____ Carta/declaración de beneficios por jubilación.

_____ Declaración de ingresos por intereses y dividendos.

_____ Prueba de cualquier otro ingreso.

_____ Copias de las declaraciones bancarias más recientes para cuentas corrientes y/o de ahorro.

_____ Copias de las declaraciones más recientes de otros recursos (CD, mercados monetarios,

acciones, bonos, fondos mutuos, etc.).

Si no entrega la solicitud con la documentación de apoyo requerida, su cuenta podría ser derivada a una agencia de cobro externa que incluye, entre otras cosas, cualquier actividad de cobro extraordinario (ECA, por sus siglas en inglés). Una ECA incluye demandas, embargos a la vivienda, detención, órdenes de arresto, embargos al salario, ejecución hipotecaria de un inmueble, embargos a una cuenta bancaria u otra propiedad personal e informes a las agencias de cobro.

- Espere 30 días para obtener una decisión sobre su elegibilidad.
- Una vez que su solicitud haya sido recibida y revisada, le enviaremos una notificación por escrito con respecto a su elegibilidad.

Requisitos de elegibilidad para recibir ayuda financiera

- 1) La elegibilidad para recibir ayuda financiera requiere una cooperación total por parte del solicitante durante el proceso de solicitud.
- 2) El paciente debe recibir servicios de emergencia no electivos o médicamente necesarios. Los siguientes servicios están excluidos de los descuentos de ayuda financiera: vacunas para niños cubiertas por el programa Vaccines for Children; vacunas para adultos (excepto la de la gripe, la antitetánica y la antineumocócica); estudios relacionados a la pérdida de peso; fármacos cubiertos por un programa de descuentos para fármacos; fármacos proporcionados por servicios que no sean de emergencia; equipamiento médico duradero; fármacos y dispositivos anticonceptivos; tarifa por compleción de formulario; tarifa por no presentarse; tarifa por testimonio médico; tarifa de examen de la Administración Federal de Aviación (Federal Aviation Administration) y del Departamento de transporte (Department of Transportation), tarifa de examen preocupacional; prueba de fertilidad y pruebas genéticas.
- 3) El paciente debe tener un número de seguridad social emitido por el gobierno de los EE. UU.
- 4) El paciente debe haber sido residente de Kansas durante los últimos 6 meses.
- 5) Si lo derivan al programa de ayuda Hospital Assistance Program, el paciente debe cooperar para buscar otros recursos de pago.
- 6) El paciente debe cooperar con solicitudes de información por parte del seguro y proporcionar la información que el seguro le pida antes de que el tiempo que tiene la compañía de seguro para completar los requisitos haya terminado.
- 7) Los pagos recibidos por paciente directamente de sus aseguradoras, deben aplicarse al saldo pendiente.
- 8) Los servicios proporcionados al paciente no pueden ser resultado de una actividad ilegal del propio paciente.
- 9) El ingreso anual debe ser inferior al 400 % de las pautas federales de pobreza más recientes y debe tener activos líquidos no jubilatorios inferiores a \$10,000.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Programa de ayuda financiera, sobre cómo completar el Formulario de solicitud de ayuda financiera o si quisiera solicitar una copia de la política del FAP de Stormont Vail Health, sin cargo alguno, llame al Servicio de atención al cliente al 785-354-1150, de manera gratuita al (800) 637-4716 o bien, envíe un correo electrónico a:

billinghelp@stormontvail.org.