



## **Health Professionals of Winfield**

**1230 E 6<sup>th</sup> Ave, Ste 1B  
Winfield, KS 67156  
620-221-4000  
[www.wnhcares.org](http://www.wnhcares.org)**

### **Resumen de Asistencia Financiera**

Con el fin de promover la salud y el bienestar de la comunidad servida, individuos with recursos financieros limitados que sin acceso a programas de subsidio pueden ser elegibles para servicios de cuidado de salud gratis y con descuento, basado en requisitos establecidos. La eligibilidad a los requisitos son basados en 120 a 200% de la Guia Federal de Pobreza [www.aspe.hhs.gov/poverty](http://www.aspe.hhs.gov/poverty) y seran revisados anualmente en conjunto con las actualizaciones de El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos.

### **Política de Atención de Urgencias**

Health Professionals of Winfield (Profesionales de la Salud de Winfield) provee cuidado a cualquiera que necesite tratamiento de atención médica urgente sin tener en cuenta ciudadanía, estado legal o habilidad de pagar. Cuando sea apropiado una transferencia a otro centro mejor preparados para administrar el tratamiento será organizado aunque no pueda pagar o no tenga seguro médico. La necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente será basado en el criterio médico de el proveedor sin tener en cuenta la situación financiera del paciente. Todos los pacientes serán tratados con respeto y justicia sin importar la habilidad de pagar.

### **Proceso de la Aplicación Para Asistencia Financiera**

Las aplicaciones financieras están ubicadas en recepción y el sitio web del hospital [www.wnhcares.org](http://www.wnhcares.org). Si desea recibir una aplicación por correo, contacte al gerente de la clínica. La aplicación debe ser completada con los documentos requeridos incluidos. Si la información solicitada no es entregada, puede negar la aplicación porque la elegibilidad financiera no se puede determinar. Servicios rendidos antes del periodo de aprobación de la asistencia financiera son responsabilidad del paciente sometidos de las directivas de política de pagos, incluyendo cuentas anteriores que residen con agencias or bufetes de abogados. Debe contactar a estas agencias o bufetes de abogados directamente.

### **Elegibilidad**

Para ser elegible por el 100% de reduccion de los cargos del paciente, los ingresos del hogar familiar juntos debe de ser iguales o menores que el 120% de la Guia Federal de Pobreza [www.aspe.hhs.gov/poverty](http://www.aspe.hhs.gov/poverty). Si se encuentra entre 120% y 200% de la Guía Federal de Pobreza, un ajuste se aplicará disminuyendo sus cargos brutos. Si una determinación deja al paciente con saldo obligatorio, un sistema de pagos será establecido de acuerdo a la política de pagos.

- Puede ser elegible para una cuenta de pago privado si se determinan los ajustes:
  - Cantidad Generalmente Facturada (Amount Generally Billed)
  - Asistencia Financiera (Financial Assistance)
- Puede ser elegible para una cuenta de aseguranza si se determinan los ajustes:
  - Ajuste de Seguro por Contrato (Insurance Contractual)

- o Asistencia Financiera del saldo después de la aseguranza (Financial Assistance)

**Política de Pagos**

Pagos mensuales parejos en una cuenta de saldo son requeridos en los siguientes plazos:

\$1.00 to \$300	60 días
\$301 to \$600	3 meses
\$601 to \$1,500	6 meses
\$1,501 to \$4,000	9 meses
\$4,001 up	12 meses

Acceptamos efectivo, cheque, giro postal (money order) y Visa, MasterCard o Discover.

**Aplicación de Asistencia Financiera**

Por favor regrese la aplicación lo más pronto posible, pero no más tardar de 10 días. Por favor llene la aplicacion completamente y proporcionar los documentos requeridos para procesarla correctamente. Si la información requerida no es proporcionada completamente puede resultar en la negación de su aplicación porque su elegibilidad financiera no podrá ser determinada. Si hay alguna razón que la información requerida no puede ser proveída, por favor incluya una explicación escrita indicando la razón. Permita el tiempo necesario para verificar la información que nos ha proveído.

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_

Si menor de 18, Nombre del fiador: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

Fecha del Servicio (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta(s): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

- a. Lista de miembros de la familia: (definida como solicitante, cónyuge y todos sus dependientes legales permitidos por el gobierno federal)

<u>Nombre y Fecha de Nacimiento</u> <u>(mes/dia/año)</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- b. ¿Algún niño enumerado menor de 18? ¿Los reclama en su declaración de impuestos?

- c. ¿Algún miembro de su familia no puede trabajar debido a su edad, enfermedad o lesión?
- d. ¿Cuales miembros de familia tienen empleos? Si no hay empleados, fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mes/día/año) y nombre empresa de la última vez que trabajo.
- e. ¿Hay otros problemas médicos o financieros dentro del hogar?
- f. ¿El paciente/fiador ha estado en bancarrota recientemente?

**INGRESO MENSUAL:** Incluye con su aplicación prueba de todos los ingresos del mes actual que se apliquen a su familia (aplicante/paciente, cónyuge y dependientes legales). **Incluye con su aplicación prueba de todos los ingresos del mes actual:** como, comprobantes de sueldo, declaración del seguro social, pagos de discapacidad, pensión, desempleo, pensión alimenticia (alimony), subsidio de menores (child support), etc.

A. Paciente/fiador	+ \$ _____
B. Cónyuge	+ \$ _____
C. Otros ingresos de dependientes legales	+ \$ _____
D. Otro ingreso	+ \$ _____
<b>INGRESO DE FAMILIA MENSUAL BRUTO</b>	<b>= \$ _____ A</b>

**GASTOS MENSUALES:** Por favor indique sus gastos mensuales promedio actuales. No es necesario proveer copias de estos gastos, es nada más un promedio

E. Comida	+ \$ _____
F. Servicios Públicos (gas, luz, agua)	+ \$ _____
G. Auto, gasolina	+ \$ _____
H. Teléfono de casa y celular	+ \$ _____
I. Cuidado de niños	+ \$ _____
J. Otro	+ \$ _____
<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES</b>	<b>= \$ _____ B</b>

**ACREEDORES:** Por favor indique todas sus facturas mensuales actuales. **Incluya con su aplicación TODOS los recibos y/o facturas que ha enumerado.**

K. Renta/Hipoteca	+ \$ _____
L. Aseguración (auto)	+ \$ _____
M. Aseguración (otra)	+ \$ _____
N. Otro pago	+ \$ _____
O. Otro pago	+ \$ _____
<b>TOTAL DE PAGOS MENSUALES</b>	<b>= \$ _____ C</b>

**BIENES:**

P. Cuentas de banco	
• Cuenta de ahorros	+ \$ _____
• Cuenta corriente	+ \$ _____
Q. Acciones, bonos (valor de mercado)	+ \$ _____
R. IRA's/Fondos de Retiro	+ \$ _____
S. Aseguración de vida (valor en efectivo)	+ \$ _____
T. Bienes raíces	
• Saldo de la hipoteca	+ \$ _____
U. Fideicomiso	+ \$ _____
V. Vehículos	+ \$ _____

<b>TOTAL DE BIENES:</b>	= \$ _____
<b>TOTAL DE INGRESO MENSUAL FAMILIAR:</b>	\$ _____ <b>A</b>
<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES:</b>	- \$ _____ <b>B + C</b>
<b>INGRESO DISPONIBLE MARGINAL:</b>	= \$ _____

Los siguientes documentos son requeridos con la aplicación:

- Estado actual de cuenta bancaria (1)
- Prueba de ingresos en (1) el mes actual completo: como comprobantes de pago, seguro social, discapacidad, pensión, desempleo, pensión alimenticia (alimony), subsidio de menores (child support), etc.
- Declaración de Impuestos Federales de Ingresos (no solo los W-2)

Asistencia financiera de clinica no es aplicable a facturas recibidas del radiólogo, anestesiólogo o servicios de ambulancia. Usted debe contactar esos proveedores directamente. Cuentas previas a este periodo de aplicación son aun su responsabilidad. Esta aplicación es para los siguientes proveedores solamente:

Wade A. Turner, MD  
 Sapna Shah-Haque, MD  
 Kimberley Adams-McDarty, APRN

Yo entiendo que la información que he proveído es sometida a verificación por Health Professionals of Winfield y sujetos a revisión por otros requeridos. Yo certifico la información en esta aplicación financiera es verdadera y correcta. También entiendo que si cualquier parte de la información que he proveído es determinada en ser falsa, yo seré responsable por todos los gastos médicos incurridos en Health Professionals of Winfield. Yo estoy de acuerdo en notificar inmediato a Health Professionals of Winfield de cualquier cambio en el estado financiero que afecte mi capacidad de pagar. Yo entiendo esta aplicación es buena por 30 días.

Por favor regrese la aplicación lo más pronto posible, pero no más tarde de 10 días. Se proporcionará una decisión por escrito respecto a la aprobación o negación de la aplicación, generalmente entre 30-90 días después de que recibamos la aplicación completa.

¿Tiene preguntas? Por favor llame al 620-221-4000  
 ¿Dónde envío mi aplicación? Health Professionals of Winfield  
 Clinic Manager  
 1230 E 6<sup>th</sup> Ave, Suite 1B  
 Winfield, KS 67156

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

Firma de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

(Si casado(a), la firma de su cónyuge es requerida)