



Rural Health Clinics (Clinicas de Salud Rural)
Cedar Vale · Dexter · Moline · Sedan
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 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

La clínica provee cuidado a cualquiera que necesite atención médica urgente sin importar ciudadanía, estado legal o capacidad de pago. Cuando sea aprobada una transferencia a otro establecimiento con mejor equipo para administrar el tratamiento se organizara la transferencia aunque no tenga modo de pagar o no tenga aseguranza medica. La necesidad para el tratamiento médico de cualquier paciente será basada en criterio clínico de el proveedor de cuidado sin considerar el estado financiero del paciente. Todos los pacientes serán tratado con respeto y equidad sin importar si es capaz 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. Si desea recibir una aplicación por correo, contacte la oficina 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. 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)
 - 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 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. Por favor regrese la aplicación lo más pronto posible, pero no más tarde de 10 días. Va a recibir una notificación escrita de la aprobación o negación generalmente entre 30-90 días.

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)	
Número de Cuenta	
Domicilio	
Numero de Telefono	

Por favor enliste su esposo(a) y dependientes menores de 18

Nombre	Fecha de Nacimiento (mes/dia/año)	Edad
Usted		
Esposo(a)		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		

Dependiente		
Dependiente		

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

Ingreso Mensual: Incluye con su aplicación prueba de todos los ingresos del mes actual: como, comprobantes de sueldo (salario bruto), declaración del seguro social, W-2s, propinas, pagos de discapacidad, autoempleo, pensión alimenticia (alimony), subsidio de menores (child support), ejército, desempleo, pensiones, anualidades, pagos para veteranos y ayuda pública. Si un estado de cuenta bancario es proveída, será usada solamente para verificar ingresos.

Miembros del Hogar	Ingreso Mensual
Usted	
Esposo(a)	
Niño dependiente menor de 18	
Otro ingreso	
Total del Ingreso Mensual	

Aceptamos y requerimos copias de los siguientes documentos que sean incluidos con su aplicación:

- Por favor incluya ingreso de todas las fuentes (vea ejemplos en página 3).
- Declaración completa de Impuestos Federales.

Asistencia financiera no es aplicable a factura recibidas del radiólogo, anestesiólogo o servicios de ambulancia. Debe contactar a esos proveedores directamente. Esta aplicación aplica a facturas recibidas directamente de clínicas Cedar Vale, Dexter, Moline o Seda. Cuentas de clínicas previas a esta aplicación son aun su responsabilidad.

Yo Entiendo esta información la cual presenté sujeta a verificación por Rural Health Clinic (Clínica de Salud Rural) y sujeto a revisión por otros requeridos. Yo certifico que el tamaño de la familia y información de ingresos es correcta. Yo también entiendo que si cualquier parte de la información que he proveído es determinada en ser falsa, yo seré responsable por los gastos médico incurridos a Rural Health Clinic (Clínica de Salud Rural). Yo estoy de acuerdo en notificar inmediato a Rural Health Clinic (Clínica de Salud Rural) de cualquier cambio en estado financiero afectando mi capacidad de pagar. Yo entiendo esta aplicación es buena por 30 días.

Firma: _____ Fecha (mes/día/año): _____

Firma de Esposo(a): _____ Fecha (mes/día/año): _____

(Si casado(a), la firma de esposo(a) es requerida)

¿Tiene preguntas? Por favor llame a Beverly 620-758-2221

¿Dónde devuelvo mi aplicación en persona? Clínicas de Cedar Vale, Dexter, Moline o Sedan.

Si desea enviarla por correo:
Cedar Vale Clinic
PO Box 578
Cedar Vale, KS 67024