



1300 E. Fifth Avenue
Winfield, KS 67156
www.wnhcares.org

Resumen de Asistencia Financiera

Con el fin de promover la salud y el bienestar de la comunidad servida, individuos con 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 elegibilidad a los requisitos es basada en 120 a 200% de la Guía Federal de Pobreza www.aspe.hhs.gov/poverty y será 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 será organizado aunque no tenga modo de pagar o no tenga aseguranza médica. La necesidad para el tratamiento médico de cualquier paciente será basada en criterio clínico del proveedor de cuidado sin considerar el estado financiero del paciente. Todos los pacientes serán tratados con respeto y equidad sin importar de su capacidad de pagar.

Proceso de la Aplicación Para Asistencia Financiera

Las aplicaciones financieras están ubicadas en el área de registro, área de admisión de pacientes, departamentos auxiliares y el sitio web del hospital www.wnhcares.org. Si desea recibir una aplicación por correo, contacte al Departamento de Crédito/Colecciones. 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 la responsabilidad del paciente y sujetos a las directivas de política de pago, incluyendo cuentas anteriores que residen con agencias o bufetes de abogados. Debe contactar a estas agencias o bufetes de abogados directamente.

Elegibilidad

Para ser elegible por el 100% de reducción de los cargos del paciente, los ingresos del hogar familiar juntos deben de ser iguales o menores que el 120% de la Guía 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 pago.

- Puede ser elegible para una cuenta de pago privado si se determinan los ajustes: (1) Cantidad Generalmente Facturada (Amount Generally Billed) y (2) Asistencia Financiera (Financial Assistance).
- Puede ser elegible para una cuenta de aseguranza si se determinan los ajustes: (1) Ajuste de Seguro por Contrato (Insurance Contractual). (2) Asistencia Financiera del saldo después de la aseguranza (Financial Assistance).

Política de Pago

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

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

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

Aplicación de Asistencia Financiera

Por favor llene la aplicación 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/día/año): _____

Fecha del Servicio (mes/día/año): _____

Número de Cuenta(s): _____

Domicilio: _____

Numero de Teléfono: _____

- 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/día/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. ¿Cuáles 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	+ \$ _____
INGRESO DE FAMILIA MENSUAL BRUTO	= \$ _____ A

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	+ \$ _____
TOTAL DE GASTOS MENSUALES	= \$ _____ 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	+ \$ _____
TOTAL DE PAGOS MENSUALES	= \$ _____ C

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	+ \$ _____
TOTAL DE BIENES	= \$ _____

TOTAL DE INGRESO MENSUAL FAMILIAR:	\$ _____ A
TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	- \$ _____ B + C

INGRESO DISPONIBLE MARGINAL: = \$ _____

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)

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. La asistencia financiera del hospital no es aplicable a facturas recibidas del doctor, radiólogo, anestesia o ambulancia. Usted debe contactar estos proveedores directamente. Las cuentas del hospital previas a esta aplicación son aún su responsabilidad.

Yo entiendo que la información que he proveído es sujeta a verificación por el Hospital William Newton 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 el Hospital William Newton. Yo estoy de acuerdo en notificar inmediatamente al Hospital William Newton de cualquier cambio en el estado financiero que afecte mi capacidad de pagar. Yo entiendo esta aplicación es buena por 30 días.

¿Tiene preguntas? Por favor llame al 620-222-6240

¿Dónde envió mi aplicación?

William Newton Hospital
Attn: Credit/Collections Department
1300 E. 5th Avenue
Winfield, KS 67156

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

Firma de Cónyuge: _____ Fecha (mes/día/año): _____
(Si casado(a), la firma de su cónyuge es requerida)

William Newton Hospital

Los gastos profesionales siguientes no son cubiertos por la política de asistencia financiera de William Newton. Los pacientes deben preguntar con estas organizaciones directamente ya que pueden tener sus propias políticas de asistencia financiera.

- Acute Care
- Advanced Orthopaedic Associates
- Bloedel Surgery
- Cancer Center of Kansas
- Cardiology Services
- Community Health Center of Cowley County
- Family Care Center
- Grene Vision Group
- Health Professionals of Winfield
- Heartland Cardiology
- Hillside Medical Group
- Infectious Disease Consultants
- Integrity Imaging
- Kansas Imaging Consultants
- KC Pathology, PA
- Mid Kansas ENT
- Nephrology Services
- Pain Management Associates
- Pulmonary & Sleep Consultants of Kansas
- Pulmonology Services
- Rheumatology Services
- Rural Physicians Group
- SCK Midwives
- South Central Anesthesia
- Sports Medicine & Orthopedic Clinic of Cowley County
- Stat Radiology
- Sunflower OB/GYN
- Urgent Care of Cowley County
- Walnut Valley Foot Specialists
- Wichita Urology Group
- William Newton Cardiology
- William Newton Foot & Ankle
- William Newton Hillside Family Medicine
- William Newton Interventional Radiology
- William Newton Orthopaedics
- William Newton Pediatrics
- Winfield Cancer Center/Via Christi
- Winfield Surgery and Services
- William Newton Would Healing Center

Para obtener más información póngase en contacto con nuestro departamento Credit/Collections al 620-222-6240 or 620-222-6296.