



Estimado Paciente:

Nuestros registros indican que usted no tenía cobertura de seguro médico, seguro limitado o cobertura de algún programa subsidiario, al tiempo que se le brindaron los servicios por el personal del Hospital Memorial del Condado de Sweetwater.

Nuestro hospital brinda servicios sin costo alguno o a un costo reducido para los solicitantes que cumplan con los requisitos y califiquen para el programa de asistencia médica.

Usted encontrará los requisitos del programa al reverso de este documento y la solicitud adjunta para el programa. Si usted cree que califica, por favor, complete la solicitud y presente las pruebas necesarias de sus ingresos al Departamento de Servicios Financieros del Paciente del hospital dentro de 15 días.

Por favor, proporcione al personal de Servicios Financieros del Paciente la información referente a su situación financiera. La siguiente información nos permitirá determinar si usted califica para el programa:

- 1. Una copia de su declaración de impuestos (1040) más reciente junto con los formularios W2 y/o SSI (1099).
- 2. Copias de sus más recientes talones de cheques de todos los empleadores con los totales del año o una declaración por escrito de su empleador indicando sus ingresos brutos del año actual. Si tiene cuenta de retiro, provea un estado de cuenta del retiro con el total del balance.
- 3. Un estado de beneficios de todas las agencias de las cuales ha recibido beneficios en los últimos doce meses. Algunos ejemplos incluyen: cupones para alimentos, desempleo, AFDC, compensación para el trabajador, Seguro Social (1099), ayuda financiera para estudios universitarios, etc.
- 4. Si usted recibe manutención para sus hijos, provea una copia impresa de la corte indicando la pensión mensual que usted recibe.
- 5. Cartas de amigos o familiares que le ayudan con sus necesidades financieras, explicando la asistencia que le dan.
- 6. Una copia del decreto legal de divorcio, en caso que a los niños se les considere parte de la unidad familiar del solicitante.
- 7. Copias de sus declaraciones más recientes de inversiones y estados de cuentas bancarias. Un estado impreso de 30 días consecutivos
- 8. Si usted reside en vivienda subsidiada, por favor, provea una copia de su contrato.
- 9. Prueba de residencia en el Condado de Sweetwater por 120 días previos a la fecha que los servicios fueron proveídos (ex. licencia de manejar, registración del vehículo, estados de cuenta bancarias, facturas de servicios de luz, agua, etc.)
- 10. Prueba de la aplicación al programa de Medicaid de Wyoming. Llame al 1-855-294-2127. Provea el número de referencia de la llamada.

Llame y programe una cita con nuestros Navegadores financieros para pacientes una vez que tenga todo junto y listo para entregar su solicitud. Puede comunicarse con Megan o Melida, nuestros navegadores financieros al (307)352-8202. Nos complace analizar todo lo que se necesita para procesar su solicitud y explorar otras avenidas para ayudarlo a cancelar su deuda en el Hospital Memorial del Condado de Sweetwater. Para español, por favor, marque al (307) 352-8190.



PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

ABRIL 2020 - ABRIL 2021

El Hospital Memorial del Condado de Sweetwater ofrece servicios a pacientes que califiquen, residen y hayan residido en el Condado de Sweetwater antes de la fecha del servicio. Estos servicios son proveídos sin costo alguno o a un costo reducido en el esfuerzo por ayudar a los pacientes que no tienen la capacidad de pagar los servicios hospitalarios. Si cree que usted es elegible para nuestro programa de asistencia médica, por favor, complete la solicitud de asistencia, adjunte las pruebas de sus ahorros, inversiones, ingresos del hogar, prueba de residencia en el Condado de Sweetwater por lo menos 120 días antes de la fecha del servicio y comprobante de que solicitó a Medicaid de Wyoming, en caso que se le pida, y entréguelos al Departamento de Servicios Financieros del Paciente al 1200 College Dr., Rock Springs, WY. Tenga en cuenta que a todos los solicitantes se les requiere proporcionar verificación de la cantidad de ingresos, ahorros, inversiones, y residencia en el condado antes y al momento del servicio para su unidad familiar. También deberá autorizar al Hospital Memorial del Condado de Sweetwater verificar cualquier o toda la información proveída antes de que la solicitud sea procesada y una determinación sea tomada.

1. La asistencia médica puede ser utilizada para la mayoría de los servicios proveídos por el Hospital Memorial del Condado de Sweetwater. Los fondos de asistencia pueden aplicarse a los saldos restantes de cuentas de visitas previas, así como, a las cuentas actuales.
2. La elegibilidad para asistencia médica es solo para los solicitantes que cumplan con los requisitos de ingresos y los requisitos de los descuentos de la siguiente escala móvil:

<u>MIEMBROS EN LA FAMILIA</u>	<u>INGRESO MÁXIMO ANUAL 200% FPL</u>	<u>PORCENTAJE % DE PERDON</u>	<u>INGRESO ANUAL MAXIMO ENTRE 200% y 300% FPL</u>	<u>PERCENTAJE % DE PERDON</u>
1	\$25,520.00	100%	\$38,280.04	<u>Formula de la escala móvil:</u>
2	\$34,480.00	100%	\$51,720.00	[Ingreso Familiar]-
3	\$43,440.00	100%	\$65,160.00	[200% de limite] =
4	\$52,400.00	100%	\$78,600.00	cantidad por encima de los ingresos
5	\$61,360.00	100%	\$92,040.00	
6	\$70,320.00	100%	\$105,480.00	[cantidad por encima de los ingresos] /
7	\$79,280.00	100%	\$118,920.00	[200% de limite] = Resultado %
8	\$88,240.00	100%	\$132,360.00	
				[100-(% de resultado)] =
				Porcentaje de reducción en cargos
Ejemplo: Un paciente con 4 miembros en la familia, y con ingresos actuales de \$60,000.00				
\$60,000.00 - \$52,400.00 = \$7,600.00		\$7,600.00/\$52,400.00 = 15%		100% - 15% = 85.0%

Un "miembro de la familia" se define como "parientes de sangre que viven en el mismo hogar, cualquier matrimonio viviendo en el mismo hogar, o cualquier persona no relacionada conviviendo en el mismo hogar como una unidad familiar".

Una "unidad económica familiar" se define como todas las personas que viven en el mismo hogar que tienen una responsabilidad legal y financiera con el avalador de las cuentas. Se realizará un ajuste en los ingresos de la unidad económica familiar mediante el aumento de los ingresos mensuales por la figura de mantenimiento de apoyo en clase según lo determinado por el gobierno federal para cada individuo. El ajuste de ingresos se realizará para tener en cuenta gastos compartidos. Las pautas de ingresos para una unidad económica familiar son las mismas que una unidad familiar.

Ejemplos de ingresos incluyen: pago de empleo, intereses, dividendos, beneficios de desempleo, manutención de hijos o cónyuge, beneficios de Seguro Social, beneficios de la administración de veteranos, beneficios de todos los programas estatales y federales y propinas sujetas a impuestos.

3. Los solicitantes tienen que haber sido residentes del Condado de Sweetwater en el momento que se prestaron los servicios.
4. Los solicitantes deben presentar prueba de aplicación para el programa de Medicaid de Wyoming, si se les pide.
5. Los solicitantes deben autorizar al Hospital Memorial del Condado de Sweetwater el verificar la información necesaria para su aprobación.
6. Los solicitantes recibirán una determinación de elegibilidad por escrito.
7. Para preguntas sobre el programa de asistencia médica por favor, de marcar al (307) 352-8548.



APLICACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA MÉDICA

Nombre del avalador: _____ No. de seguro social: _____
(Si aplica)

Dirección: _____
Numero Calle # de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Números de teléfono: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número total de personas en el hogar: _____

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*(S=Espos/a, C=Hijo/a, F=Amigo/a, P=Padre/Madre)

INGRESOS: Por favor, provea los totales y documentación de los ingresos en bruto del hogar:

Ingresos en los últimos tres meses: \$ _____
 Ingresos en los últimos seis meses: \$ _____
 Ingresos en los últimos doce meses: \$ _____

REGISTRO DE EMPLEO: Por favor, provea los nombres de los lugares de trabajo donde los miembros del hogar han trabajado en los últimos doce meses.

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____

INVERSIONES Y AHORROS: Por favor, provea todas sus inversiones, números de cuenta de cheques y de ahorros.

SEGURO DE SALUD Y DE ACCIDENTE:

Tiene el paciente cobertura de seguro de salud o de accidente: Si No Medicare o Medicaid: Si No

Si la respuesta es SI, por favor, provea la información del seguro:

Nombre del proveedor de seguro: _____ Numero de Póliza: _____
 Dirección del proveedor de seguro: _____ Ciudad, Estado, CP _____
 Nombre del Subscriber: _____ No. De Seguro Social _____
(Si aplica)

Doy autorización para que toda la información sea verificada con todas las instituciones financieras, acreedores, y cualquier otro lugar que pueda proporcionar información financiera sobre los detalles de esta aplicación. Autorizó al Hospital Memorial del Condado de Sweetwater el verificar toda la información e ingresos anuales de todos los miembros de la familia mencionados en la aplicación. Entiendo que la información que yo provea está sujeta a verificación y revisión por el Hospital Memorial del Condado de Sweetwater.

Certifico que la información anterior es verdadera, completa y correcta.

 Nombre del solicitante

 Fecha

