

RESUMEN DE LENGUAJE LLANO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Columbus Regional Hospital compromete darle el mejor cuidado posible independientemente de habilidad de pagar.

Podemos ayudar, por favor díganos si usted no puede pagar su factura.

Servicios financieros en Columbus Regional Hospital tiene representantes disponibles para ayudarle con preguntas sobre su factura. Contamos con personal dedicado a ayudarle a aplicar para los programas de gobierno patrocinado, organizar planes de pago libre de intereses o describir nuestro programa de asistencia financiera.

Planes de pago libre de intereses:

Planes de pago libre de interés están disponibles para cualquier paciente que desee establecer una. Planes de pago pueden extenderse hasta 60 meses y pueden ser tan bajos como \$25.00 por mes.

Asistencia Financiera:

Ayuda financiera está disponible para ayudar en

gastos de bolsillo de servicios médicamente necesarios.

Para aplicar usted deberá proporcionar información financiera y verificaciones . (Ver hoja de instrucciones para la lista de elementos

requerido/pedido). No todos los servicios son elegibles para asistencia. Servicios de estética, audífonos, cirugía bariátrica junto con 3 meses de pre-operación y 3 meses de después de la operación, servicios de fertilidad y vehículo de motor o otros accidentes, en algunas circunstancias, se excluyen.

Solicitudes de Asistencia Financiera:

Se puede encontrar solicitudes de asistencia en el sitio web de Columbus Regional Hospital en www.crh.org en nuestra facturación y guías de ayuda financiera se encuentra en múltiples áreas, sala de espera paciente del hospital, llamando a nuestro servicio al cliente representantes en 812-376-5315 o al 1-800-841-4954 (horas 8:00 a 4:45, del Lunes al Viernes).

Aplicaciones que se han llenado pueden ser devuelto por correo a Columbus Regional Hospital 2400 17th St. Columbus Indiana 47201 o entregar en persona en la ventana del cajero.

Aplicaciones están disponibles en inglés y en español.

Calificación:

Calificación se basa en el ingresos total anual y número de dependientes en el hogar (dependientes deben ser reclamados en forma 1040 impuesto). Ver rejilla abajo. Las directrices se derivan usando la guía Federal de pobreza del Registro Federal de fecha 22 de Enero de 2017.

Columbus Regional Hospital Financial Assistance Guidelines 2017

	% Above Poverty Guidelines		
	0-200%	200% to 300%	300% to 350%
	% of Write Off		
	100%	80%	60%
Family Size			
1	\$12,060.00 to \$24,120.00	\$24,121.00 to \$36,180.00	\$36,181.00 to \$42,210.00
2	\$16,240.00 to \$32,480.00	\$32,481.00 to \$48,720.00	\$48,721.00 to \$56,840.00
3	\$20,420.00 to \$40,840.00	\$40,841.00 to \$60,720.00	\$60,721.00 to \$71,470.00
4	\$24,600.00 to \$49,200.00	\$49,201.00 to \$73,800.00	\$73,801.00 to \$86,100.00
5	\$28,780.00 to \$57,560.00	\$57,561.00 to \$86,340.00	\$86,341.00 to \$100,730.00
6	\$32,960.00 to \$65,920.00	\$65,921.00 to \$98,880.00	\$98,881.00 to \$115,360.00
7	\$37,140.00 to \$72,280.00	\$72,281.00 to \$111,420.00	\$111,421.00 to \$129,990.00
8	\$41,320.00 to \$82,640.00	\$82,641.00 to \$123,960.00	\$123,961.00 to \$144,620.00
	For each additional person add \$4180.00		

2017 poverty Guidelines from the Federal Register

Family Size	
1	\$12,060.00
2	\$16,240.00
3	\$20,420.00
4	\$24,600.00
5	\$28,780.00
6	\$32,960.00
7	\$37,140.00
8	\$41,320.00

Le animamos a contactarnos con cualquier pregunta que tenga acerca de su factura, establecer un plan de pago o solicitar asistencia financiera. Puede comunicarse con nosotros al teléfono 812-376-5315 o al 1-800-841-4954, el Lunes al Viernes entre las horas de 8:00am -4:45pm.



Columbus Regional Hospital
Servicios financieros



COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL

Instrucciones para completar la aplicación financiera

Por favor complete todas las líneas en la aplicación.

Por favor traiga la aplicación completa a Columbus Regional Hospital con lo siguiente:

1. Declaración de impuestos de el último año forma (1040) y talon de cheque reciente. Si eres autónomo también se necesita una copia de la declaración de impuestos de trabajo por cuenta propia.

2. Si usted no presentar declaración de impuestos el año pasado, pero recibió un beneficio mensual de Seguro Social, incapacidad o desempleo, es necesaria una copia de la carta indicando la cantidad de pago mensual. Si no tienes una carta, una copia de la declaración del Banco mostrando la cantidad depositada es aceptable.

La solicitud debe ser firmada.

La falta de devolver la información necesaria puede resultar en su petición se negó.

No dude en contactar con nosotros en 812-376-5315 o llame gratis 1-800-841-4954 si tienes alguna pregunta o inquietud.

Gracias
Servicios financieros

2400 EAST 17TH STREET
COLUMBUS, INDIANA 47201
TELEPHONE 812.379.4441

Solicitud Financiera

Columbus Regional Hospital ofrece a los pacientes muchos diversos arreglos financieros. Esta aplicación financiera nos ayuda a hacer arreglos especiales y se completa con las personas que están necesitando ayuda con las facturas médicas. Por favor complete la información completamente. Usted puede recibir una llamada de un asesor financiero dentro de 2 días hábiles o puede comunicarse con un asesor financiero para la carta recordativa (812) 376-5315 o al 1-800-841-4954.

Gracias por preferir al Columbus Regional Hospital para su cuidado médico.

Fecha de Hoy: ____/____/____ Número de cuenta: _____ Cantidad del factura \$ _____

Nombre del Paciente: _____

Por favor regrese ésta forma para el día: _____

Persona responsable por los cargos de Hospital

Nombre _____ SS# x x x - x x - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Esposo(a) / pareja _____ SS# x x x - x x - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (Casa) (____) _____ (trabajo)(____) _____ (celular)(____) _____

Empleador actual _____ Horas/semana y pago por hora _____

Empleador del esposo(a) _____ Horas / semana y pago por hora _____

Información de los dependientes

Número de personas en el hogar que están declarados como dependientes de los impuestos.

Nombre _____ DOB _____ Nombre _____ DOB _____

Nombre _____ DOB _____ Nombre _____ DOB _____

Nombre _____ DOB _____ Nombre _____ DOB _____

DOB = Fecha de Nacimiento

Continúa en el reverso



D T A D O O 1 7 9

COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL
2400 EAST 17TH STREET, COLUMBUS, INDIANA 47201
1-800-841-4938 812-379-4441
www.crh.org

Financial Application

PATIENT LABEL

OR

Patient Name: _____

DOB : ____/____/____

MR #: _____

Información de ingresos

El año pasado los ingresos familiares anuales \$ _____

Ha habido algun cambio en el ingreso des de el ano pasado desde el año pasado? _____

Si la persona está desempleada y no recibe ningún tipo de ingreso, ¿cómo cumple las necesidades diarias: _____

Other Income

Seguridad Social \$ _____
SSI \$ _____
Jubilación / Pensión renta \$ _____
El desempleo \$ _____
Otros (por favor, especifique) \$ _____

Solicitando estoy asistencia financiera para los servicios he que recibido de Columbus Regional Hospital. Certifico que la información que he presentado a Columbus Regional Hospital es verdadera y exacta. Yo autorizo Columbus Regional Hospital para verificar la información contenida en el presente documento, incluyendo la calificación de crédito y empleo. Entiendo que cualquier información que se encuentra es engañosa o falsa por Columbus Regional Hospital o su representante podría resultar en denegación de asistencia financiera inmediatamente. Yo entiendo que soy responsable de los saldos de las cuentas no cubiertos por la ayuda financiera.

Firma _____

Fecha ____/____/____

Firma del esposo(a) _____

Fecha ____/____/____

Nota: Ayudas se conceden usando información proporcionado por el solicitante con la comprensión que no hay ningún seguro para cubrir el gasto de bolsillo para usted. Si hay un pago de seguro posterior de fecha (por el seguro o a traves de un establecimiento legal) el pago será aceptado y aplicado a este ajuste como una recuperación.

Para uso oficial Total Income _____

Total Expenditure _____

Balance _____

Financial Counselor _____

Date Approved _____



COLUMBUS
REGIONAL
HOSPITAL

**POLICY OF PATIENT
FINANCIAL
SERVICES
DEPARTMENT**

Policy Code:
Effective Date: **4-1-17**

Asunto: Política de ayuda financiera

Propósito: Para asegurar que las directrices existen para determinar elegibilidad y esquema el proceso de solicitud. Se ofrece ayuda financiera a pacientes sin seguro médico, seguro y médicamente indigentes que indican una incapacidad para pagar emergencias y otros servicios médicamente necesarios que recibió en Columbus Regional Hospital

RESPONSABILIDAD: Financieros asesor/jefe de equipo

Política:

Columbus Regional Hospital se compromete a proporcionar los servicios de salud independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Pacientes que expresan una incapacidad de pago y que requisitos de la política financiera se cubrirán bajo la política de asistencia financiera.

Información relativa a la política de asistencia financiera en Columbus Regional Hospital puede encontrarse en la parte posterior de cada declaración de paciente, en el sitio web Columbus Regional Hospital de www.crh.org, en la facturación y la guía de asistencia financiera se encuentran en múltiples áreas de espera paciente del hospital, llamando al paciente servicios financieros representantes de servicio al cliente como 812-376-5315 o al 1-800-841-4954 (horas 8:00 am a 4:45 pm El lunes al viernes).

- Calificación de asistencia se basa en el ingreso total anual y el número de dependientes reclamados en impuesto para ese hogar, si presentación conjunta o individualmente. (1.501(r)(b)(1)(iii)(A)).
- Ingresos es comparado con las directrices de Columbus Regional Hospital. (Véase el gráfico adjunto de ingresos).

Columbus Regional Hospital Financial Assistance Guidelines 2017

% Above Poverty Guidelines			
	0-200%	200% to 300%	300% to 350%
% of Write Off			
	100%	80%	60%
Family Size			
1	\$12,060.00 to \$24,120.00	\$24,121.00 to \$36,180.00	\$36,181.00 to \$42,210.00
2	\$16,240.00 to \$32,480.00	\$32,481.00 to \$48,720.00	\$48,721.00 to \$56,840.00
3	\$20,420.00 to \$40,840.00	\$40,841.00 to \$60,720.00	\$60,721.00 to \$71,470.00
4	\$24,600.00 to \$49,200.00	\$49,201.00 to \$73,800.00	\$73,801.00 to \$86,100.00
5	\$28,780.00 to \$57,560.00	\$57,561.00 to \$86,340.00	\$86,341.00 to \$100,730.00
6	\$32,960.00 to \$65,920.00	\$65,921.00 to \$98,880.00	\$98,881.00 to \$115,360.00
7	\$37,140.00 to \$72,280.00	\$72,281.00 to \$111,420.00	\$111,421.00 to \$129,990.00
8	\$41,320.00 to \$82,640.00	\$82,641.00 to \$123,960.00	\$123,961.00 to \$144,620.00
For each additional person add \$4180.00			

2017 poverty Guidelines from the Federal Register

Family Size	
1	\$12,060.00
2	\$16,240.00
3	\$20,420.00
4	\$24,600.00
5	\$28,780.00
6	\$32,960.00
7	\$37,140.00
8	\$41,320.00

- Guías de Columbus Regional Hospital se derivan mediante el uso de la guía Federal de pobreza. Ingresos pueden ser hasta un 350% sobre la guía de pobreza Federal y calificar. Columbus Regional Hospital política de asistencia financiera es en cumplimiento de las regulaciones federales 1.501(r). Cantidades que se le facturará se calcula usando el método posterior de aspecto. (42%)
 - Pacientes del Columbus Regional Hospital con gasto de su bolsillo le facturará por un término de 120 días antes de la lista con una agencia de cobro externa. Las excepciones son: establecer un plan de pago o recibo de vuelta de correo que somos incapaces de obtener información sobre la dirección correcta.
 - Los pacientes pueden solicitar asistencia en cualquier momento dentro de 240 días de la fecha de servicio.
 - Listado un saldo con una agencia de colección exterior resulta en informó a las agencias de crédito. Esto afectará su calificación de crédito.
 - Una vez que la solicitud se realiza en Hospital Regional de Colón permite 30 días para la devolución de toda la información solicitada.
-
- Los pacientes reciben instrucciones completas sobre cómo llenar la solicitud y qué información se requiere para ser devueltos con la aplicación. (Véase abajo para la lista de elementos requeridos).
 - La aplicación financiera debe completado, firmado y devuelto para su revisión antes de aprobación. Aplicaciones financieras pueden todavía considerarse si existe prueba de circunstancias atenuantes que hacen volver la aplicación poco probable.
 - Los pacientes cuentan con el nombre y número de teléfono para su asesor financiero para cualquier pregunta o preocupación que pueda tener durante el proceso de solicitud.
 - La política de asistencia financiera se aplica a los servicios médicamente necesarios. Necesidad médica está determinada por la determinación de médico examinador.
 - No todos los servicios califican para asistencia. Se excluyen: servicios de estética, cirugía bariátrica, así como 3 meses antes de la cirugía y 3 meses después de la operación bariátricos servicios, audífonos y servicios de fertilidad. También se excluyen es accidente de vehículo de motor de litigios

pendientes, o si piensa que un acuerdo era pagado directamente al paciente y el paciente no ha pagado CRH CRH, esos servicios no serán elegibles para asistencia.

- Información de Trans Union puede utilizarse para ayudar en el proceso de determinación y aprobación.

- Si el solicitante no ha sido cooperativo, en cualquier momento durante el proceso de seguro solicitud facturación o financiera o proceso de elegibilidad, o proporciona deliberadamente incorrecta o información falsa, la asistencia puede ser limitada o negada

- Si el solicitante se convierte en falta de cooperación durante el proceso de aplicación/elegibilidad económica, o a sabiendas proporciona información incorrecta o falso la asistencia puede ser negada y la cuenta puede ser enviada a través del proceso normal de la colección.

- Balances que ya se han referido a una agencia exterior o plan de pago establecido que están dentro de 240 días de plazo de solicitud se considerará para el ajuste del balance actual.

- El ajuste será el mismo porcentaje que la aprobación de la aplicación financiera y se tomarán contra el saldo del encuentro de deudas incobrables o de monto restante del plan de pago. (Los reembolsos no se hará en encuentros ya colocados en una agencia de colección o plan de pago establecido.)

- Encuentros que tienen un saldo actual en AR (no deuda) serán revisadas para posible reembolso de pago del paciente. El porcentaje aprobado se aplicará al paciente fuera de gasto de bolsillo. Según el porcentaje de aprobación, el paciente puede o no tener un saldo. Cualquier pago que el paciente previamente ha hecho voluntad ser aplicado a cualquier saldo restante (si no 100% aprobación) así cualquier excedente que puede ser creado después del ajuste de aprobación se devolverá al paciente.

- Pacientes de Medicaid con lapsos de cobertura o copagos pueden ser referidos para asistencia financiera o pueden calificar para asistencia de ajuste en los saldos actuales del paciente, ya que son elegibles según las directrices financieras para la ayuda del gobierno
 - Los pacientes que están actualmente Medicaid aprobado (incluye aprobación de PE) pueden ser consideradas las cuentas antiguas que no son elegibles para asistencia. Saldos del paciente deben estar dentro de 240 días de la fecha de aprobación de Medicaid. Saldos en BD, que ya colocado con una agencia de colección, no son elegibles para el ajuste
 - Pueden considerarse pacientes • actualmente Medicaid aprobada y más allá de encuentros que no son elegibles para asistencia.
 - Los pacientes que califican para) HIP (Healthy Indiana Plan) pueden considerarse de ayuda financiera de saldos actuales del paciente, los servicios no cubiertos por la HIP o para co-pago/de los saldos de bolsillo del paciente por el programa HIP. Cuentas ya colocados en BD no son elegibles.

- Los pacientes que califican para HIP (Healthy Indiana Plan) pueden considerarse de ayuda financiera para servicios no cubiertos por la cadera o para co-pago/de los saldos de bolsillo a la paciente por el programa HIP.

- En algunos casos, el Hospital pudieron haber establecido antes de la descarga, o dentro de un plazo razonable, antes o después de la admisión actual, que el paciente está médicamente indigentes o indigentes. El Hospital puede considerar a beneficiarios de Medicare indigentes o médicamente indigentes cuando estas personas que también se han determinado elegible para recibir Medicaid como necesitados categóricamente o médicamente necesitados respectivamente. De lo contrario, el Hospital debe aplicar sus métodos habituales de determinación de elegibilidad para asistencia.
- Los pacientes que se encuentran para ser encarcelado pueden ser considerados elegibles para ayuda financiera
- Los pacientes que indican que están sin hogar pueden ser considerados elegibles para ayuda financiera.
- Pacientes que declararse en bancarrota pueden ser considerados elegibles para asistencia financiera en cuando se ha recibido aviso de corte/abogado de bancarrota.
- Aprobaciones de asistencia financiera son válidas por 12 meses calendario desde la fecha de aplicación.
 - (Hay algunas excepciones para las revisiones caso por caso).
- Si la ayuda financiera se niega a un paciente puede volver en cualquier momento.
- Cada intento se hará para pacientes sin seguro médico se inscribieron para cobertura (cobertura de Medicaid/HIP/MarketPlace)
- Pacientes que no pueden proporcionar un número valido de seguro social del Estados Unidos solamente son considerará para aprobación de gastos de su bolsillo solo para servicio médicamente necesario o de emergencia recibido en Columbus Regional Hospital. También se requiere completar una declaración financiera y proporcionar cualquier tamaño del hogar y la información de ingresos.
 - Cualquier paciente recibe aprobación de asistencia tendrá derecho a apelar la decisión si están en desacuerdo con la determinación. Pacientes deberá notificar a su asesor financiero con su desacuerdo y petición adicional revisión/examen. El paciente puede pedir proporcionar información adicional para apoyar su solicitud.

Pacientes fallecidos

- Los pacientes que han fallecido pueden ser elegibles para el ajuste de la ayuda financiera. Consideración se hará si miembros de la familia no acepta responsabilidad financiera o estado no suficientes fondos para pagar. El asesor financiero intentará verificar si una finca se pretende abrir. Si la familia del difunto informa que no tiene la intención de abrir una finca se proporcionará la aplicación financiera y las instrucciones. La familia del fallecido le dará instrucciones por escrito que la solicitud se revisará como de costumbre y si se aprueba la voluntad de ajustar en consecuencia el equilibrio. Sin embargo si se encuentra que es una finca abrió más tarde CRH presentará el balance contra los fondos raíces y recuperar si es posible. Una copia del certificado de defunción debe ser obtenida

y analizan el encuentro. (Nota: Si una finca abre una reclamación se archivará para que inmobiliarias y fondos recuperaron).

Nota: el cónyuge sobreviviente puede solicitar ayuda. Si se encuentra que son más ingresos para calificar para asistencia, puede ser que tiene que pagar los saldos pendientes de paciente fallecidos también.

Elegibilidad presunta

Columbus Regional Hospital puede presumir a pacientes elegibles para asistencia financiera bajo ciertas circunstancias. Para los pacientes que expresan una necesidad financiera que son incapaces de proveer la solicitud, otra información puede utilizarse para hacer una evaluación de la necesidad financiera. (Trans Union, historia de los saldos de encuentro en el Hospital Regional de Colón, califica para otros programas como WIC, estampillas de comida o vivienda con subsidio, etc...). En estos casos representantes de CRH pueden presumir a un paciente elegible para asistencia sin otra documentación. Esta elegibilidad presuntiva puede utilizarse en los siguientes casos Tipo: un paciente que no o no puede proporcionar cualquier información y tiene saldos de deuda que no puede ser o no están siendo pagos. Un paciente que no puede devolver cualquier documentación debido a condición médica y no tiene familia al ayudante con el proceso.

Cuando se recibe correo devuelto y se descubre que el paciente ha cambiado de dirección o a una dirección fuera del país. Un paciente que tiene de su bolsillo gastos que es igual a o supera los \$20,000.00 puede considerarse asistencia debido a la dificultad extrema. Estos pacientes pueden o no tener antecedentes de BD cuentas (con una agencia de colección). Un padre o responsable que no tienen cobertura de Medicaid o HIP, pero sus dependientes tienen cobertura de Medicaid se puede considerar (1.501(r)(b)(1)(iii)(E)).

Médicos red de puntuación de crédito Trans Union:

Puntuación de 500 o por debajo	100% de asistencia
Puntuación de 501 a 600	80% asistencia
Puntuación de 601 a 800	60% asistencia

Pacientes que reciben asistencia presuntiva será notificación de la necesidad de presumido y el porcentaje aprobado. Pacientes se recomienda en esta notificación que si están en desacuerdo con el monto aprobado pueden hacer un recurso de revisión adicional de aprobación adicional. Paciente puede pedir proporcionar información adicional para apoyar su solicitud.

Evento catastrófico

Los pacientes también pueden calificar para asistencia de servicios derivados de un evento catastrófico. La catástrofe sería para servicios de naturaleza no exceptuada deja al paciente con los

gastos de su bolsillo que superan el 20% de sus ingresos anuales. Aprobación sería sólo los servicios de un evento catastrófico. Otros servicios no relacionados con el evento catastrófico no calificaría bajo esta cláusula.

Pacientes que tienen fuera del bolsillo de 20% o más de sus ingresos anuales se valorará como sigue:

Ingresos anuales de hasta \$50.000,00:	paga el 10% de la salida del gasto de bolsillo.
Ingreso anual de \$50.001,00 a \$75.000,00:	paga el 15% de la salida del gasto de bolsillo.
Ingreso anual de \$75.001,00 o más	paga el 20% de la salida del gasto de bolsillo.

Ejemplos de eventos catastróficos: evento cardíaco en cirugía cardíaca abierta y rehabilitación, diagnóstico de cáncer, dando por resultado largo plazo quimio/radioterapia y medicamentos, accidentes que requieren rehabilitación/tratamiento a largo plazo que ha sido determinado no es ningún seguro para pagar o seguro ha agotado beneficios y hay ningunos establecimientos de juego de ley pendiente en la actualidad o en el futuro.

** Ayudas concedidas en la presente política se aplica a los servicios en el Columbus Regional Hospital y los médicos en el sistema de salud Columbus Regional. (1.501(r)(b)(1)(iii)(F)).

Información y documentación requerida para su aplicación:

θ Copia de la declaración de impuestos del año anterior. (formulario 1040)

θ Si el paciente no presentó impuestos debido al nivel de ingresos y recibe un beneficio mensual (seguridad social, incapacidad o desempleo) se debe obtener una copia de la cantidad concedida. Prueba aceptable de beneficio es, carta indicando el monto adjudicado o un estado de cuenta mostrando el monto depositado mensualmente.

* Si el paciente no presentó impuestos por cualquier otra razón, esto debe documentarse en el archivo de pacientes en cuanto a por qué esta información no puede obtenerse.

* Talon de cheque reciente.

* Como determinación se basa en el ingreso familiar del cónyuge / pareja debe firmar los Estados financieros

* Declaración financiera completa firmada por todos los solicitantes. (No incluye menores de edad dependientes).

* Documentación del tamaño del hogar y renta.

Información adicional de W2 θ o pago verificar recibos pueden ser solicitados. (1.501(r)(b)(3)).

Nota*** Ayudas se conceden usando información proporcionado por el solicitante con la comprensión que no hay ningún seguro para cubrir el gasto de bolsillo para usted. Si hay un pago de seguro posterior de fecha (por el seguro o a través de un establecimiento legal) el pago será aceptado y aplicado a este ajuste como una recuperación.

Autor: W Moore