



Título: Política de Asistencia Financiera del Hospital y de la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley

Fecha original de aprobación: 07/2003	Fecha del último revisión/revisado: 01/11/2023
Aprobado por el: Gerente de Políticas, Director de Gestión de Cuidados	

Resumen:

Esta política y procedimiento establecen un marco para que el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes identifique a los pacientes que pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera y administre el programa de acuerdo con la política del hospital. No habrá discriminación por motivos de raza, color, credo, religión, género, orientación sexual, ciudadanía, edad, discapacidad u origen nacional.

Alcance:

El Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley (GVH y la FMC) están comprometidos a brindar atención de emergencia y médicamente necesaria a pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro limitado (subasegurados). Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera si no puede pagar su factura o si pagarla le ocasionara dificultades financieras. GVH y la FMC brindan asistencia financiera a los residentes de los condados de Gunnison, Hinsdale y Saguache.

El Programa de Asistencia Financiera (FAP) cubre servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por GVH y la FMC. GVH y la FMC se reservan el derecho de excluir o limitar los servicios no urgentes, electivos o no médicamente necesarios de la FAP.

Esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad
- Define el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Define el proceso para calcular los montos descontados para pacientes elegibles.
- Define cómo el hospital dará publicidad a la política dentro de la comunidad atendida por el hospital.

Política:

El Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley están comprometidos con la excelencia al brindar atención médica de calidad y satisfacer las necesidades de atención médica de la comunidad a la que sirve. GVH y la FMC brindan asistencia financiera a nuestros residentes e individuos que sean elegibles, como se describe en la Escala de descuento de asistencia financiera en el Anexo A y el Nivel federal de pobreza en el Anexo B. El Asesor financiero administrará la FAP de acuerdo con la Política de GVH y la FMC.

I. Elegibilidad

Puede ser elegible para recibir asistencia financiera para emergencias o servicios de atención de la salud médicamente necesarios, si el ingreso de su familia es igual o inferior al 400 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza, según se publican anualmente. Consulte el Anexo B del Nivel de Pobreza Federal.

La FAP brindará beneficios como último recurso. Todas las demás opciones de pago, incluidas, entre otras, seguros privados, Medicare, Medicaid, CHP, responsabilidad civil de terceros y CICP, deben explorarse para determinar su elegibilidad y asegurarse cuando sean elegibles antes de la solicitud de asistencia financiera.

Las cuentas elegibles incluyen cuentas del Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley (GVH y la FMC) con saldos restantes. Las cuentas que se conviertan en deudas incobrables se considerarán siempre que la solicitud completada y la documentación de apoyo se presenten antes de los 180 días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial.

Los pacientes, o sus avales, que no cooperen en la solicitud de programas que puedan pagar sus servicios de atención médica, como Medicaid, se les puede negar asistencia financiera. GVH y la FMC harán todos los esfuerzos posibles para ayudar a un paciente o al aval del paciente a solicitar programas públicos y privados.

II. Proveedores

Las siguientes ubicaciones y proveedores están cubiertos por el Programa de asistencia financiera de Gunnison Valley Health.

Gunnison Valley Health*
Médicos de la Sala de Emergencias de Gunnison Valley Health
Médicos Hospitalistas y de Rehabilitación de Gunnison Valley Health
Clínica de la Montaña de Gunnison Valley Health
Urgencias de Gunnison Valley Health
Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley Health
Gunnison Valley Health- Salud Conductual
Ortopedia de Gunnison Valley Health
Salud de la Mujer de Gunnison Valley Health
Urología de Gunnison Valley Health

Cualquier otro médico o proveedor de atención en Gunnison Valley Health que no esté mencionado anteriormente no está sujeto al Programa de asistencia financiera.

** Algunos servicios no urgentes, electivos o no médicamente necesarios están excluidos o limitados en el Programa de asistencia financiera.*

III. Adversidades médicas

Si bien la asistencia financiera normalmente se brinda de acuerdo con los criterios establecidos, se reconoce que ocasionalmente puede ser necesario otorgar apoyo adicional basado en circunstancias atenuantes. Para los servicios elegibles, se brindará atención con descuento a un paciente o al aval del paciente que cumpla con los siguientes criterios:

- El paciente o su aval, tiene un ingreso familiar anual superior al 400% de las Pautas Federales de Pobreza, pero menos de \$200,000, y

- El paciente, o su aval, ha agotado todas las demás opciones de pago, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federales, estatales y locales, y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros; y
- Las obligaciones de bolsillo del paciente resultantes de los servicios médicos proporcionados por los proveedores de GVH y la FMC superan el 20% del ingreso familiar anual.

Además, se puede proporcionar asistencia financiera en otras circunstancias, caso por caso, según lo determine el Director del Ciclo de Ingresos y el Director Financiero a su discreción.

Definiciones:

Montos generalmente facturados: (AGB, por sus siglas en inglés) significan los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Descuento: Los pacientes pueden calificar para un descuento de asistencia financiera según el nivel federal de pobreza del paciente y los servicios médicos brindados. Definido en la Escala de Descuento del Programa de Asistencia Financiera en el Anexo A.

La duración de la elegibilidad: Una vez aprobada para recibir asistencia financiera, la elegibilidad es válida por 6 meses a partir de la fecha de solicitud. Después de 6 meses, debe volver a solicitar la FAP y volver a presentar todos los documentos de respaldo.

Los criterios de la elegibilidad: El período durante el cual se aceptan las solicitudes de asistencia financiera. Se considerará asistencia financiera siempre que la solicitud completada y la documentación de apoyo se presenten antes de los 180 días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial.

Familia: El paciente, su cónyuge (incluida la pareja de hecho legal), cualquier hijo menor mantenido por el paciente y cualquier adulto de quien el paciente sea legalmente responsable. En el caso de un paciente menor, la familia incluye a ambos padres, el cónyuge de uno de los padres, los hermanos menores y cualquier adulto de quien el garante del paciente sea legalmente responsable. Una mujer embarazada cuenta como dos miembros de la familia.

Ingresos familiares: La suma de los ingresos anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención de los hijos. Los ingresos familiares incluyen sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, compensación laboral, beneficios para veteranos, beneficios para sobrevivientes, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar (aparte de la manutención de los hijos), pensiones gubernamentales, pensiones privadas, seguros, pagos de anualidades, ingresos por alquileres, regalías, herencias, fideicomisos y otras formas de ingresos.

Pautas Federales de Pobreza: Las Directrices Federales de Pobreza son actualizadas anualmente en el Registro Federal por los Estados Unidos

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autorización de la subsección (2) de la Política de Referencia #:4140, Versión # 2 3 Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se puede consultar las pautas actuales en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. Consulte el Anexo B del Nivel de Pobreza Federal

Asistencia Financiera: Descuento total o parcial a pacientes para atención de emergencia o médicamente necesaria, en el caso de pacientes que sean financieramente elegibles o presuntamente elegibles, según se definen esos términos en esta política. La asistencia financiera puede incluir copagos, deducibles o ambos.

Aval: Según corresponda dependiendo del contexto, ya sea el paciente o su aval, es decir, la persona que tiene la responsabilidad financiera del pago del saldo de la cuenta.

Atención medicamente necesaria: Significa que los servicios de salud que un médico proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas de una manera que sea:

- A. de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- B. clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración; y
- C. servicios aprobados medicamente por la CMS

La fisioterapia y la salud conductual se limitan a seis visitas según la necesidad médica.

Nota – bajo las pautas del CACP la salud conductual no está cubierta.

Servicios no cubiertos: El Hospital y la Clínica de Medicina Familiar se reservan el derecho de excluir o limitar los servicios hospitalarios que no sean de emergencia de la FAP. Los servicios no incluidos son cirugía estética, oftalmología, terapias integrativas y oncología.

Presunta elegibilidad: Hay casos en los que un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera; sin embargo, no se encuentra archivada una solicitud completa. Ciertas circunstancias proporcionan información suficiente para calificar al paciente para recibir asistencia financiera sin la solicitud completamente completa y se consideran presuntamente elegibles.

- Indigencia
- Fallecido sin patrimonio.
- Elegible para Medicaid, pero no activo para una fecha de servicio. Período retrospectivo de 90 días.
- Incapacitación mental: nadie que actúe en nombre del paciente.
- Los pacientes son elegibles para Medicaid de fuera del estado y GVH y la FMC no participan en el programa estatal de Medicaid.

Plan de pago razonable: Un plan de pago que se negocia entre GVH y la FMC y el aval de cualquier saldo adeudado. El plan de pago considerará los ingresos y bienes del paciente o aval, el monto adeudado y cualquier pago anterior.

Procedimiento:

El Supervisor de Servicio al Cliente se asegurará de que el Asesor Financiero sea competente y tenga conocimientos en todos los asuntos relacionados con la Política de Asistencia Financiera de GVH y la FMC y que sea capaz de procesar y administrar con precisión el programa de Asistencia Financiera.

I. Solicitar Asistencia Financiera

El Asesor Financiero tomará determinaciones de elegibilidad para recibir asistencia financiera según la política de GVH y la FMC, y una evaluación del paciente o de la necesidad financiera del garante del paciente.

GVH y la FMC pondrán a disposición información sobre sus políticas o programas de asistencia financiera y la publicarán en el sitio web de GVH. Se publicarán avisos sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los departamentos de emergencia, centros de atención de urgencia, departamentos de registro y oficinas de servicios financieros para pacientes, y en otros lugares que GVH y la FMC consideren apropiados. Un paciente, un garante del paciente, un familiar, un amigo cercano o un asociado del paciente pueden realizar una solicitud de asistencia financiera, sujeto a las leyes de privacidad aplicables. GVH y la FMC también responderán a cualquier solicitud oral o escrita de más información sobre el programa o política de asistencia financiera. Los pacientes, o sus avales, tienen la responsabilidad de cooperar en la solicitud de asistencia financiera proporcionando información y documentación sobre el tamaño, los ingresos y los bienes de la familia.

II. Solicitud y documentación

Los pacientes que busquen asistencia financiera deberán completar la Solicitud de asistencia financiera, consulte Anexo C.

Copias de la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en la oficina del Asesor Financiero, Servicio al Cliente, cualquier área de registro de GVH y la FMC, y en nuestro sitio web en www.GunnisonValleyHealth.org.

Todos los solicitantes deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera de GVH y la FMC y proporcionar la documentación de apoyo como se hace referencia en la solicitud.

Las solicitudes pueden ser completadas directamente por el paciente, por el aval del paciente y/u otro representante legal. El Asesor Financiero podrá completar la solicitud con base en información derivada de una entrevista ya sea en persona, por teléfono o información confiable proporcionada por escrito. Si necesita ayuda para recopilar la información o los materiales necesarios solicitados como parte del proceso de calificación de asistencia financiera, se recomienda a los pacientes que se comuniquen con el asesor financiero al 970-642-4790. El asesor financiero también puede ayudar a los pacientes a evaluar su situación financiera, recopilar la información solicitada por GVH y la FMC y ayudarlos con tareas similares.

Nuestro asesor financiero está disponible para ayudar a los pacientes o avales a través del proceso de solicitud de asistencia financiera. Puede comunicarse con el asesor financiero de las siguientes maneras:

- **TELÉFONO:** (970) 642-4790, lunes a viernes 8:00 am a 4:30 pm
- **CORREO ELECTRÓNICO:** FinancialCounselor@gvh-colorado.org
- **CORREO:** 711 N Taylor St, Gunnison, CO, 81230 | Atención: Asesor Financiero
- **EN PERSONA:** Hospital de Gunnison Valley– South Entrance (Entrada Sur) 711 N Taylor St, Gunnison, CO 82130, lunes a viernes 8:00 am a 4:30 pm
- **PROGRAMAR UNA CITA** (970) 642-4790

III. Evaluación financiera

En el momento de la entrevista inicial con el paciente o con el aval, el asesor financiero o el representante de servicio al cliente evaluará al paciente o al aval que le informe que necesita asistencia financiera o que no tiene los medios para pagar.

El representante recopilará información demográfica, financiera y de cobertura de terceros existente de rutina.

GVH y la FMC primero harán esfuerzos razonables para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas públicos y privados disponibles a los pacientes o a los garantes de los pacientes, y pondrán a su disposición información sobre aquellos programas que pueden brindar cobertura de servicios.

Si se determina que GVH o FMC podrían potencialmente calificar al solicitante para recibir asistencia financiera o el Programa de Atención a Indigentes de Colorado, las cuentas se suspenderán durante 14 días hábiles mientras el solicitante completa la solicitud y proporciona la documentación requerida.

Si el paciente o el aval se niegan a solicitar o proporcionar la información necesaria para el proceso de solicitud, es posible que no sea elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con esta política.

IV. Evaluación de Medicaid

Durante este proceso de evaluación, el Asesor Financiero calculará el nivel de pobreza federal del solicitante. Según el nivel de pobreza federal del paciente o de sus garantes, se puede determinar que el solicitante primero debe solicitar Medicaid del estado de Colorado para poder ser considerado para recibir asistencia en GVH y la FMC. El paciente o sus garantes deben solicitar Medicaid del estado de Colorado, ya sea en línea o en el DHS en Gunnison. Las cuentas se suspenderán por 30 días hasta que se tome la determinación de Medicaid.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Departamento de Salud y Servicios Humanos local o visite su sitio web.

- **SITIO WEB:** <https://www.healthfirstcolorado.com/apply-now/>
- **EN PERSONA:** DHHS Local 220 N Spruce St, Gunnison, CO 81230
- **HACER LA SOLICITUD POR TELÉFONO:** Llame al 1-800-221-3943/ Relé del Estado: 711

V. Determinación de ingresos

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, los ingresos brutos personales y comerciales deben determinarse con precisión para todas las partes familiares y legalmente responsables. Se ofrece asistencia financiera a los residentes de Gunnison, Hinsdale y Saguache que se encuentran en o por debajo del nivel federal de pobreza (FPL) del 400%, según se publica anualmente. Véase Nivel Federal de Pobreza, Anexo B.

Los residentes de Gunnison Valley, Hinsdale y Saguache que tengan un nivel igual o inferior al 250% del FPL deberán solicitar el Programa de Atención a Indigentes de Colorado (CICP), administrado por el Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley.

El ingreso familiar determina el nivel federal de pobreza. La suma de los ingresos anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por manutención de los hijos. Los ingresos familiares incluyen sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, compensación laboral, beneficios para veteranos, beneficios para sobrevivientes, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar (aparte de la manutención de los hijos), pensiones gubernamentales, pensiones privadas, seguros, pagos de anualidades, ingresos por alquileres, regalías, herencias, fideicomisos y otras formas de ingresos.

VI. Verificación de ingresos

El método preferido para verificar los ingresos es a través del formulario W-2 más reciente del IRS; si trabaja por cuenta propia, su declaración de impuestos más reciente.

Si no puede proporcionar a GVH y la FMC un formulario W-2 o si su situación financiera ha cambiado con respecto al año pasado, dos (2) o más de los siguientes se pueden utilizar para verificar los ingresos:

- Declaración de salarios/ingresos.
- Los últimos tres (3) talones de pago más recientes.
- Estado de pérdidas y ganancias del negocio.

- Si no tiene una fuente de ingresos, proporcione una declaración escrita que explique cómo se cubren los gastos mensuales.

VII. Establecimiento y notificación de la elegibilidad de asistencia financiera

La solicitud de asistencia financiera se considerará si la solicitud completada y la documentación se presentan antes de los 180 días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial.

La determinación de asistencia financiera se realizará después de que se hayan agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente o al aval para otros programas públicos o privados. Si el paciente o su garante están siguiendo otros programas públicos o privados, GVH y la FMC cesarán sus esfuerzos de cobro mientras se toma dicha determinación.

Dentro de los 15 días hábiles posteriores a la presentación de una Solicitud completa de asistencia financiera, GVH y la FMC determinarán si el paciente califica para recibir asistencia financiera según la elegibilidad como se describe en la política. Si se aprueba la solicitud de asistencia financiera, GVH y la FMC notificarán al paciente o al garante del paciente por escrito sobre dicha determinación y el monto del descuento que se proporcionará. En caso de que GVH y la FMC determinen que un paciente o garante no califica para recibir asistencia financiera, el asesor financiero notificará al paciente o al garante del paciente por escrito sobre dicha determinación. El aviso incluirá la base de la denegación e instrucciones para volver a presentar la solicitud si las circunstancias financieras del paciente han cambiado.

Si se aprueba la elegibilidad, el paciente o aval recibirán asistencia financiera por un período de seis meses después de la fecha de la Solicitud completa de asistencia financiera. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos durante los próximos seis meses o 90 días antes de la fecha de solicitud completa.

Debe volver a solicitar asistencia financiera después de que haya expirado el plazo de elegibilidad. Durante el plazo de elegibilidad, el paciente, o el garante del paciente, podrá volver a presentar la solicitud siempre que haya habido un cambio de ingresos o estatus.

Si GVH y la FMC se comunican con el paciente o aval para solicitar información faltante, el paciente o aval tendrá un período de 30 días para responder. Si no se responde dentro de ese período de 30 días, se rechazará la solicitud. El paciente o aval podrá reactivar la solicitud proporcionando la información solicitada en cualquier momento durante el período de 180 días posterior al estado de cuenta inicial.

Si un solicitante proporciona información inexacta o engañosa, la solicitud puede considerarse no elegible para recibir asistencia financiera y se puede esperar que el paciente o su garante paguen la factura en su totalidad.

VIII. Resolución de disputas y apelaciones

Los pacientes o el aval del paciente pueden solicitar una revisión de GVH y la FMC en caso de disputa sobre el resultado de su solicitud. Los pacientes o el aval del paciente a quien se le niega asistencia financiera pueden apelar su determinación de elegibilidad.

Los fundamentos de la disputa y la apelación deben presentarse por escrito y enviarse dentro de los 30 días posteriores al aviso de elegibilidad de la FAP junto con cualquier documentación adicional que respalde la disputa o apelación al Supervisor de Servicio al Cliente. El Supervisor de Servicio al Cliente realizará una revisión interna y responderá por escrito dentro de los 14 días.

- **CORREO:** 711 N Taylor St, Gunnison, CO, 81230 | Atención: Supervisor de Servicio al Cliente
- **CORREO ELECTRÓNICO:** CustomerService@GVH-Colorado.org
- **EN PERSONA:** Gunnison Valley Health – South Entrance (Entrada Sur) 711 N Taylor St, Gunnison, CO 81230, lunes a viernes 8:00 am a 4:30 pm

IX. Descuentos:

Se acreditarán los descuentos de asistencia financiera después de que el Supervisor de Servicio al Cliente apruebe la solicitud de asistencia financiera. El paciente o aval recibirá un nuevo estado de cuenta con un saldo actualizado después de que el descuento de FAP se acredite en la(s) cuenta(s).

Se espera el pago completo dentro de los 30 días posteriores a la fecha del nuevo estado de cuenta después de que se haya publicado el descuento FAP.

Los descuentos hospitalarios de FAP reciben el nivel apropiado de aprobación:

- El Asesor Financiero está aprobado para acreditar los descuentos de FAP que oscilan entre \$1.00 y \$5,000.99.
- El Supervisor de Servicio al Cliente está aprobado para acreditar los descuentos de FAP que oscilan entre \$1001 y \$5000,99.
- Se aprueba que el Director del Ciclo de Ingresos acredite descuentos de FAP que van desde \$5,001.00 a \$10,000.
- El Director Financiero deberá aprobar cualquier ajuste mayor a \$10,000.00.

X. Montos generalmente facturados

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según esta política, los cargos facturados del paciente no serán superiores a los mismos montos generalmente facturados (AGB) por emergencias u otros servicios de atención médica médicamente necesarios que los pacientes que tienen cobertura de seguro.

El porcentaje de AGB de Gunnison Valley Health es el 71 % de los cargos brutos por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Este porcentaje se basa en todos los reclamos permitidos para emergencias de Gunnison Valley Health y otros servicios hospitalarios y ambulatorios médicamente necesarios por parte de Medicare, Medicaid y pagadores privados durante un período de 12 meses dividido por los cargos brutos asociados para esos reclamos.

XI. Procedimientos de cobranza

Cualquier paciente elegible para el descuento deberá pagar su copago o porcentaje adeudado una vez que se determine su elegibilidad, o deberá firmar un contrato de plan de pago aprobado.

El Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley pueden emprender acciones de cobro contra pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, pacientes que recibieron atención con descuento o descuentos por dificultades médicas pero que ya no cooperan de buena fe para pagar el saldo restante, o pacientes que han establecido planes de pago pero no están de acuerdo con el plan de pago.

Durante el Período de Notificación (120 Días), el Hospital proporcionará a cada paciente al menos tres estados de cuenta, un aviso de vencimiento grave y un aviso final que le proporcione al individuo el monto adeudado. El hospital puede iniciar la actividad de cobro externo (ECA), pero solo después de que se haya proporcionado la carta de notificación final y haya transcurrido un período de al menos 30 días.

Los pacientes que califican para recibir asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de Gunnison Valley Health, pero que no pagan el saldo restante (con descuento) a su vencimiento, se consideran deudas incobrables para dichos saldos; dichas cuentas serán remitidas a agencias externas para su cobro.

XII. Confidencialidad

El Hospital reconoce que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema delicado y profundamente personal para los pacientes o avales. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la preservación de la dignidad individual para todos los que busquen asistencia financiera de conformidad con esta Política. No se podrá divulgar ninguna información obtenida en la Solicitud de asistencia financiera del paciente, excepto cuando lo autorice el paciente.

Anexos:

Anexo A ESCALA DE DESCUENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Anexo B NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)

Anexo C SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)

NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2023 (FPL)

Nivel de pobreza	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	>200%
Tamaño de la familia	Descuento 100%	Descuento 90%	Descuento 80%	Descuento 70%	Descuento 60%	Descuento 50%	Descuento 40%	Descuento 30%	Descuento 20%	Descuento 15%	Descuento 10%	Descuento 0%
1	\$14,580	\$18,225	\$18,954	\$19,391	\$19,683	\$20,120	\$21,870	\$25,515	\$26,244	\$26,973	\$29,160	>\$29,160
2	\$19,720	\$24,650	\$25,636	\$26,228	\$26,622	\$27,214	\$29,580	\$34,510	\$35,496	\$36,482	\$39,440	>\$39,440
3	\$24,860	\$31,075	\$32,318	\$33,064	\$33,561	\$34,307	\$37,290	\$43,505	\$44,748	\$45,991	\$49,720	>\$49,720
4	\$30,000	\$37,500	\$39,000	\$39,900	\$40,500	\$41,400	\$45,000	\$52,500	\$54,000	\$55,500	\$60,000	>\$60,000
5	\$35,140	\$43,925	\$45,682	\$46,736	\$47,439	\$48,493	\$52,710	\$61,495	\$63,252	\$65,009	\$70,280	>\$70,280
6	\$40,280	\$50,350	\$52,364	\$53,572	\$54,378	\$55,586	\$60,420	\$70,490	\$72,504	\$74,518	\$80,560	>\$80,560
7	\$45,420	\$56,775	\$59,046	\$60,409	\$61,317	\$62,680	\$68,130	\$79,485	\$81,756	\$84,027	\$90,840	>\$90,840
8	\$50,560	\$63,200	\$65,728	\$67,245	\$68,256	\$69,773	\$75,840	\$88,480	\$91,008	\$93,536	\$101,120	>\$101,120
Por cada persona individual, agregue	\$5,140	6,425	6,682	6,836	6,939	7,093	7,710	8,995	9,252	9,509	10,280	>10,280

ANEXO B: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Hospital y la Clínica de Medicina Familiar (GVH y la FMC) se compromete a brindar atención de emergencia y médicamente necesaria a pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro limitado (subasegurados). Es posible que califique para recibir asistencia financiera si no puede pagar su factura o si pagarla le ocasionaría adversidades financieras.

GVH y la FMC proporcionan asistencia financiera a los residentes de los condados de Gunnison, Hinsdale y Saguache.

Nuestro Programa de Asistencia Financiera brinda servicios de emergencia o médicamente necesarios a tarifas con descuento para pacientes que solicitan asistencia financiera y que están calificados.

Al solicitar asistencia financiera y para acelerar su solicitud rápidamente, Gunnison Valley Health requerirá que se complete esta solicitud junto con la documentación mínima descrita. Esta solicitud debe estar completa con información precisa dentro de los 14 días. Si por alguna razón la información no se proporciona de manera oportuna, su solicitud puede ser rechazada, en cuyo caso se espera que usted pague su factura en su totalidad.

Dada la delicada naturaleza de estas solicitudes, toda comunicación con el paciente o el garante del paciente se manejará de manera confidencial y compasiva.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al 970-642-4790 para inglés o al 970-641-7207 para español, o envíe un correo electrónico a financialcounselor@gvh-colorado.org.

**COMPLETAR ESTE FORMULARIO
NO ES UNA GARANTÍA DE
ELEGIBILIDAD**

Si no completa este paquete de solicitud o si lo devuelve sin la documentación de apoyo solicitada, es posible que no podamos determinar si califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera. En ese caso, usted será responsable del saldo total adeudado en su cuenta.

Para determinar si califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera, envíe la siguiente documentación de apoyo con este paquete completo:

- ✓ Una copia de una identificación con foto (licencia de conducir estatal/identificación estatal) u otros documentos de identificación (tarjeta de identificación de empleado, etc.).
 - ✓ El Formulario 1040 de la declaración de impuestos federales del año pasado, con todos los Formularios W-2 y/o 1099.
 - ✓ Últimas dos semanas de talones de pago con totales del año hasta la fecha, o últimos tres meses de talones de pago sin totales del año hasta la fecha (si paga en efectivo sin recibos de pago, proporcione verificación por escrito del empleador).
 - ✓ Comprobante de ingresos de todas las demás fuentes, como ingresos por discapacidad, ingresos por alquiler, pensiones, anualidades, pagos de intereses, salarios y declaración de ingresos de la oficina del Seguro Social.
 - ✓ Si actualmente recibe beneficios del Seguro Social, una copia de su carta sobre el “monto del beneficio”,
 - ✓ Una copia de una factura actual de servicios públicos, de teléfono o de televisión por cable de la residencia en la que reside.
 - ✓ Si usted es estudiante, una lista de los créditos/clases del semestre actual y una copia de su identificación de estudiante.
- NOTA: El nombre que aparece en la identificación con fotografía del paciente debe ser el mismo nombre que aparece en los recibos de sueldo y los formularios de impuestos.
- NOTA: Cuando los padres de un paciente menor están divorciados o separados pero comparten la responsabilidad de la atención médica del menor, cada padre debe completar una solicitud por separado.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(POR FAVOR CON LETRA DE MOLDE – ASEGÚRESE DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA)

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Información personal del solicitante (o el padre de familia, si el solicitante es un menor):

Nombre _____ FDN _____
 Apellido Nombre 2º Nombre

Dirección _____
 Calle Ciudad Estado C.P.

Reside en esta dirección desde _____ Teléfono # (_____) _____

Enumere los miembros de la familia (incluidos los padres, el paciente y los hermanos naturales o adoptivos) que viven en la dirección anterior.

NOMBRE LEGAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO – por favor proporcione su seguro más reciente

	Solicitante (o padre de familia si el solicitante es un menor)	*CÓNYUGE DEL SOLICITANTE (OPCIONAL)
¿Tiene seguro médico? (S/N)		
En caso afirmativo, nombre del plan de seguro médico:		
Medicare? (S/N)		
Medicare Parte D? (S/N)		
Suplemento de Medicare? (S/N)		
Medicaid? (S/N)		
Beneficios de veteranos? (S/N)		

III. INFORMACIÓN LABORAL Y DE INGRESOS

Información laboral del solicitante (O del padre de familia, si el solicitante es menor de edad):

Empleador _____ ¿Desempleado? (S/N) _____ Fecha de desempleo _____

Dirección de la empresa _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono # (_____) _____

¿Ofrece el empleador seguro médico? (S/N) _____

Ocupación / Posición _____ Fecha de contratación _____

Estudiante (S/N) _____ Nombre de la escuela _____ Número de créditos este semestre _____

Nota: Tiene otra fuente de ingresos: (Sí/No), en caso afirmativo, por favor explique _____

Información Laboral del Cónyuge (OPCIONAL):

¿Desempleado? (S/N) _____ Fecha de desempleo _____

Empleador del cónyuge _____ Fecha de contratación _____

Dirección de la empresa _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono # (_____) _____ ¿Ofrece el empleador seguro médico? (S/N) _____

Ocupación / Posición _____

Estudiante (S/N) _____ Nombre de la escuela _____ Número de créditos este semestre _____

Nota : Tiene otra fuente de ingresos: (Sí/No), en caso afirmativo, por favor explique _____



**SOLICITUD DEL PACIENTE DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE
HOSPITAL DE GUNNISON VALLEY HEALTH**

Información de descuento de tarifa variable

Es política del Hospital de Gunnison Valley Health brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. GVH y la FMC ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y el ingreso anual.

Complete la siguiente información y devuélvala a nuestro Departamento de Atención al Cliente de Servicios Financieros para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en GVH, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos desde fuera, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, drogas, interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

FUENTE	SÍ MISMO	OTRO	TOTAL
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación laboral, beneficios de seguridad social, ingresos de seguridad suplementarios, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensiones o ingresos de jubilación			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades en alquiler, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia externa al hogar; y otras fuentes diversas			
TOTAL DE INGRESOS			

VII. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud y la documentación de respaldo requerida es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia federal, estatal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar mi atención médica. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley, y autorizo al Hospital y la Clínica de Medicina Familiar de Gunnison Valley a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información que he proporcionado. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información inexacta o incompleta en esta solicitud, es posible que no sea elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podrá revertirse y seré responsable del pago de mis facturas médicas.

Firma del solicitante _____ Fecha de la solicitud _____

Su solicitud completa y la documentación de respaldo pueden ser enviadas por:

- **CORREO ELECTRÓNICO:** FinancialCounselor@gvh-colorado.org
- **CORREO:** 711 N Taylor St, Gunnison, CO, 81230 | Atención: Asesor Financiero
- **EN PERSONA:** Hospital de Gunnison Valley– South Entrance (Entrada Sur) 711 N Taylor St, Gunnison, CO 82130, lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm
- **PREGUNTAS/CONTACTO:** (970) 642-4790, lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm

***** Para garantizar un procesamiento oportuno, asegúrese de incluir toda la información requerida. de la lista de verificación en la primera página de esta solicitud *****

