



Wentworth-Douglass Hospital

THE SEACOAST'S LEADING MEDICAL CENTER

Póliza de asistencia financiera	LD-71	Página 1 de 1
En efecto desde: 3-89	Revisiones:	04/09; 09/10; 02/11; 06/12; 04/13; 1/14; 11/14; 12/14; 10/15; 03/17; 04/18
Función: Liderazgo (LD)	Revisiones:	04/09; 09/10; 02/11; 06/12; 04/13; 04/14; 11/14; 12/14; 10/15; 03/17; 04/18
	Fecha de la próxima revisión planeada:	04/20
	Reemplaza:	FSPA-03
Autorización: _____		Presidente de la junta de síndicos Vicepresidente de finanzas

I. PROPÓSITO:

Ofrecer asistencia a pacientes y sus familias que han incurrido en gastos médicos y no pueden pagar.

II. POLITICA:

Wentworth-Douglass Hospital (WGH) ha establecido una Política de Asistencia Financiera a los efectos de asegurar que haya cuidado médico accesible para todos los pacientes, a pesar de su capacidad de pago. La Asistencia Financiera estará disponible para emergencias y otros servicios médicamente necesarios, provistos y facturados por *Wentworth-Douglass Hospital (WDH)* y *Wentworth-Douglass Physician Corporation (WDPC)*, y se concederá de acuerdo a las necesidades financieras, en base al ingreso y activos.

III. RESPONSABILIDAD:

Esta política aplica a WDH y WDPC. Es responsabilidad de los empleados y gerentes familiarizarse con su contenido y cumplir con los procedimientos aquí enumerados. Este documento será aprobado por la Junta de Síndicos.

IV. PROCEDIMIENTO: (Ver adjuntos)

V. DISTRIBUCIÓN:

Esta póliza se distribuirá a través de todo el hospital, y también será publicada visiblemente en el sitio web de WDH, como explicado más adelante.

VI. INSTRUCCIONES DE ARCHIVO:

Esta política se archivará en la sección de Liderazgo (LD) del manual de políticas de WDH y en línea, sustituye a todas y cada una de las políticas anteriores relacionadas con este tema.

DEFINICIONES

PERIODO DE SOLICITUD: Es el periodo durante el cual WDH / WDPC debe aceptar y procesar una solicitud ([Formulario # 8241-41A](#)) para asistencia financiera bajo esta Póliza a los efectos de haber hecho todo lo posible para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia. El periodo de solicitud comienza el día en que el servicio es provisto a la persona y termina 240 días después de WDH / WDPC presentar al individuo con el primer estado de cuenta por la atención brindada.

DEUDA MOROSA / BALANCE NO COBRABLE: Son los balances no pagos después de 120 días de la fecha de facturación.

Estos balances son transferidos a agencias de cobranzas externas para procurar su pago. Para una referencia completa del proceso, ver [FSPA-05, Bad Debt and Collections](#).

ASESORES DE SOLICITUD CERTIFICADOS (CACs): Personal formalmente entrenado disponible para ofrecer orientación y educación al público respecto al mercado.

FECHAS EFECTIVAS: El lapso de tiempo durante el que un paciente está cubierto a través del Programa de Asistencia Financiera. Las fechas de vigencia comienzan en la fecha más temprana de servicio en la que un paciente tiene un saldo pendiente durante el período de solicitud y puede ser válido hasta un año.

SERVICIOS ELECTIVOS: Procedimientos o tratamientos que no son médicamente necesarios, incluyendo, pero no limitándose a: aumento de senos, acupuntura, vasectomías, reversión de vasectomías, ligadura de trompas y/o reversión de ligadura de trompas, abdominoplastia, cirugía estética o tratamiento de infertilidad.

Para estos servicios no cubiertos, las personas que son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta Política recibirán un descuento igual a las cantidades generalmente facturadas. Los procesos de descuento se describen en [FSPA-10 Self Pay Discount policy](#). Se puede obtener una copia gratuita de la Póliza FSPA-10 llamando a la Oficina de Facturación de WDH al (855) 762-5219.

TAMAÑO DEL HOGAR: WDH determina el tamaño del hogar basado en el número total de dependientes reclamados en la declaración de impuestos federales más reciente. Si el solicitante fue reclamado como dependiente en la declaración de impuestos federales más reciente de otro individuo, la información de ese individuo, y cualquier otra información de dependientes declarados, será requerida en/y con la solicitud.

SERVICIOS MEDICAMENTE NECESARIOS:

- (1) Para pacientes menores de 21 años, estos son servicios para la salud razonablemente calculados para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida, causan dolor, enfermedad, amenazan causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad física o mal funcionamiento, y ningún otro curso de tratamiento igualmente eficaz está disponible o es adecuado para el paciente que solicita un servicio médicamente necesario; y
- (2) Para pacientes mayores de 21 años, son los servicios para la salud que un proveedor de servicios para la salud licenciado, que ejerza un juicio clínico prudente, proporcione a un paciente, de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica, con el propósito de evaluar, diagnosticar, o tratar una enfermedad aguda o crónica, lesión, enfermedad o sus síntomas, y que son:

- a. Clínicamente apropiadas en términos de tipo, frecuencia de uso, alcance y duración, y consistente con el diagnóstico o el tratamiento establecido para la enfermedad del paciente, la lesión, condición o sus síntomas;
- b. No principalmente para la conveniencia del paciente ni de su familia, de su cuidador ni proveedor de atención médica;
- c. No es más costoso que otros artículos o servicios que producirían resultados de diagnóstico, terapéuticos o de tratamiento equivalentes en relación con la enfermedad, lesión, condición o los síntomas del paciente; y
- d. No sea experimental, con propósito de investigación, cosmético, o duplicado en su naturaleza.

PERIODO DE NOTIFICACIÓN: El periodo durante el cual WDH/WDPC debe notificar al individuo si es legible para asistencia financiera. El periodo de notificación comienza en la primera fecha en que el individuo recibe atención médica y culmina a los 120 días después de WDH / WDPC provee a la persona con el primer estado de cuenta por los servicios prestados.

AREA DE SERVICIO: El área geográfica en la que un solicitante debe residir para poder ser elegible para Beneficios del Centro de Dentistería a través del Programa de Asistencia Financiera. Dichas áreas incluyen: Barrington, NH; Dover, NH; Durham, NH; Lee, NH; Madbury, NH; Rollinsford, NH; Somersworth, NH; Berwick, ME; South Berwick, ME. Para servicios de WDH y WDPC, el área geográfica de residencia no aplica.

PROCEDIMIENTO

Es la responsabilidad del paciente, su familia, o garante, completar el formulario de solicitud para Asistencia Financiera.

La política será supervisada por el Director de Operaciones de Ciclo de Ingresos y los Supervisores de Liquidación Financiera. WDH se adhiere a las directrices de Asistencia Financiera de la Red de Acceso a la Salud de New Hampshire (NHHAN, por sus siglas en inglés) que pueden permitir que los solicitantes tengan Asistencia Financiera con otros hospitales participantes de NH.

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

A. Resumen del criterio de elegibilidad

Los pacientes deben tener un balance a pagar y / o estar programados para recibir servicios para poder solicitar asistencia financiera. Los ajustes de asistencia financiera se toman después de la adjudicación del reclamo de seguro, de corresponder.

Centro de dentistería. Para calificar para los beneficios del Centro de Dentistería, el ingreso bruto anual de un individuo debe ser inferior al 300% de las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos; Los solicitantes deben calificar para Asistencia Financiera y vivir en el área de servicio o ser un paciente de WDPC.

Ingreso. El ingreso bruto anual de un individuo debe ser menor al 250% de las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos para que esa persona sea elegible para asistencia financiera bajo esta Política. Los pacientes que tengan saldos a pagar que excedan el límite de ingresos y cuyo saldo de su bolsillo sea igual o superior al 25% de su ingreso familiar anual, serán considerados en el momento de la apelación para obtener alguna ayuda financiera.

Pautas sobre los ingresos [\(Ver adjunto 3\)](#)

- Tipos de ingresos incluidos:
 - i. Pensión alimenticia.
 - ii. Cuando los dividendos se declaran en los impuestos, se debe solicitar la fuente de los dividendos junto con una declaración de su valor reciente en el mercado.
 - iii. Estipendio: Ingresos percibidos por cuidar a niños de crianza temporaria o adultos discapacitados que viven en la casa del solicitante.
 - iv. Todos los beneficios de seguridad social.
 - v. Recibo de pago de \$ 600 o más ("Otros ingresos").
 - vi. Empleo.
 - vii. Autoempleo / Ingreso por negocios.
 - viii. Manutención de los hijos.
 - ix. Pensiones.
 - x. Anualidades / Ingresos de retiro.
 - xi. Ingresos por alquiler
 - xii. Ingresos por intereses

- Tipos de ingresos no incluidos:
 - i. Avances de tarjetas de crédito y restamos de hipotecarios, porque esos deben ser pagados.
 - ii. Valor en estampillas para víveres, asistencia de gasolina, para electricidad, etc. dado que ninguno de ellos pueden ser usados para pagar cuentas médicas.
- Métodos para calcular el ingreso del hogar.
 - i. Ingreso bruto mensual.
 - 1. Para calcular el ingreso mensual:
 - Tomar el ingreso promedio semanal – multiplicarlo por 52 – dividido por 12
 - Tomar el ingreso bruto promedio quincenal – multiplicarlo por 26 – dividido por 12
 - *Añadir cualquier cantidad por encima de los límites protegidos.*
 - ii. Ingreso bruto anual
 - 1. Para calcular el ingreso anual:
 - Tomar el ingreso bruto promedio semanal – multiplicarlo por 52
 - Tomar el ingreso bruto promedio quincenal – multiplicarlo por 26
 - *Añadir cualquier cantidad por encima de los límites protegidos.*
 - Ingreso por circunstancias especiales (empleo temporario, desempleo, nuevo trabajo, nuevo trabajo independiente)
 - i. Una carta del empleador puede ser requerida para validar la circunstancia especial que alteraría los cálculos de ingresos como definido más arriba.

Activos líquidos. Un individuo cuyos activos líquidos del hogar exceden los límites establecidos a continuación no es legible para asistencia financiera bajo esta política.

Directrices sobre activos líquidos

Para un hogar de 1 persona, aquellos con un límite de activos combinado de \$ 15,000 o más no son elegibles para asistencia financiera.

Para un hogar de más de 1, el límite de activos combinado es de \$30,000

- El tipo de activos líquidos incluyen:
 - i. Cuentas bancarias (cuentas corrientes [de cheque] / de ahorro).
 - ii. Certificados de depósito (CDs).
 - iii. Mercados monetarios (*Money Markets*).
 - iv. Acciones / Bonos / Fondos Mutuos.
 - v. Fideicomisos (*Trusts*).
 - vi. Propiedades adicionales.
 - vii. Ganancias de juego.
 - viii. Ganancias de capital.
 - ix. Herencias.
 - x. Cuenta(s) de retiro a las que actualmente se está(n) contribuyendo.
- Tipos de activos no incluidos:
 - i. Propiedad de residencia primaria.
 - ii. Cuenta(s) de retiro a las que no se esté(n) contribuyendo en el presente.

Esfuerzo para obtener seguro. Las solicitudes recibidas después del 31 de diciembre del 2015 no serán procesadas hasta que el solicitante pueda demostrar que se han agotado todos los esfuerzos para obtener cobertura de beneficios para la salud por otros medios, de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Esto incluye la cobertura patrocinada por el empleador, por el mercado y / o por los beneficios estatales de Medicaid.

Programas de asistencia pública (Medicaid estatal)

- a. Si un solicitante cumpliera con los criterios para solicitar un programa estatal de Medicaid contratado con WDH, se requerirá prueba de denegación antes de que se procese una solicitud de asistencia financiera. Los programas de Medicaid estatales contratados se pueden encontrar en el sitio web del Hospital: www.wdhospital.com.
- b. Si un paciente ya está aprobado para Asistencia Financiera pero llega a ser elegible para recibir Medicaid Estatal en un estado contratado con WDH, la Asistencia Financiera será descontinuada y el paciente deberá seguir el proceso de solicitud de Medicaid.

Cuentas relacionadas con la responsabilidad no serán consideradas para asistencia financiera

Lo siguiente no será considerado en el cálculo de ingresos o activos:

- a. Compensación al trabajador.
- b. Auto con pago médico o cualquier otra fuente potencial debe ser agotado antes de que se otorgue la Asistencia Financiera.
- c. Cualquier demanda donde la compensación esperada podría estar relacionada con los servicios prestados.

EL PROCESO DE SOLICITUD

La póliza de asistencia financiera y el formulario de solicitud correspondiente ([8241-41A](#)) se ofrecen y están disponibles en cada lugar de facturación de WDH. Cuando un paciente, familiar o garante solicite información de Asistencia Financiera, se le entregará un formulario de solicitud para Asistencia Financiera. Los formularios de solicitud están disponibles en el momento de la registración / admisión, o en la Oficina de Asistencia Financiera, y en todas las oficinas de Wentworth-Douglass Physician Corporation. Las solicitudes también están disponibles en el sitio web del hospital: www.WDHospital.com, o los pacientes pueden llamar y pedir que un formulario de solicitud le sea enviado por correo a su casa. Hay representantes de Asistencia Financiera disponibles para ayudarle a llenar la solicitud por teléfono o en persona en la Oficina de Asistencia Financiera.

Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento durante el período de solicitud. El período de solicitud comienza con el primer día de servicios prestados y termina al 240° día después de que se envíe el primer estado de cuenta, después del alta. [Ley de cuidado de la salud a bajo costo, Sección 501 (r) (6)]

Si la(s) cuenta(s) de un paciente está(n) en estado de *deuda incobrable* cuando se recibe la solicitud de Asistencia Financiera, un representante de asistencia financiera se pondrá en contacto con la agencia de cobranza para poner la reclamación en suspenso. No se realizarán más intentos de colección hasta que se procese la solicitud. Si se aprobara, la(s) cuenta(s)

será(n) revertidas(s) y los balances serán cancelados por medio de la asistencia financiera. Si la solicitud es denegada, se le comunicará a la agencia de cobranzas para que levante la suspensión de colección y se continúe con sus intentos de cobranza.

La solicitud de Asistencia Financiera consiste en una carta de presentación y una solicitud de dos páginas. La solicitud cubre a todos los miembros del hogar / grupo familiar. (Los miembros del hogar son determinados por el total de dependientes en la declaración de impuestos del año anterior).

Todas las solicitudes de asistencia financiera de WDHS son examinados por el NH Health Network (NH Health Access Network) para determinar elegibilidad. La Red de Acceso a la Salud de New Hampshire (NHHAN, por sus siglas en inglés) es un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos para ayudar a niños y adultos cuando no pueden pagar la atención médica que necesitan. Si el solicitante es aprobado para NHHAN así como para ayuda financiera de WDHS, una carta de aprobación y una tarjeta de beneficiario le son entregadas al paciente ([ver Adjunto 6](#)). Los pacientes que presenten una tarjeta válida de NHHAN estarán cubiertos bajo esta póliza para servicios médicamente necesarios prestados por WDH / WDPC.

DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Todos los solicitantes recibirán una carta de determinación por correo, dentro de los 30 días de la presentación de la solicitud. La carta especificará si el paciente ha sido aprobado o denegado para la asistencia solicitada, y listará las Fechas Efectivas de cobertura para las aprobaciones, y / o las razones por las denegaciones.

Los solicitantes pueden ser aprobados hasta 12 meses después de la fecha de solicitud.

A. Aprobaciones

1. WDH/WDPC

- a. Si aprobado para asistencia financiera, 100% de cobertura para emergencias y otros servicios médicamente necesarios.

2. Centro de dentistería

- a. Una tarifa fija de \$35 por visita es requerida antes de recibir servicios para todos los pacientes de auto-pago. La tarifa se cobra en ocasión de cada visita.
- b. Algunos servicios requerirán gastos adicionales pagaderos de su bolsillo (ej. dentaduras postizas, coronas). Los balances por estos servicios serán ajustados utilizando el siguiente método:
 - i. 50% del costo será requerido en la visita inicial, y el 50% restante en la visita final / colocación.

B. Denegaciones

1. Los solicitantes pueden ser denegados por las siguientes razones:
 - a. Ingresos mayores a los permitidos.
 - b. Más activos que los permitidos.
 - c. Falta de documentación requerida para procesar la solicitud.
 - d. No tienen balances pendientes o no tienen citas para recibir servicios programados para ser considerados para el programa.

- e. Falla en agotar todos los esfuerzos posibles para obtener cobertura de seguro de salud por otros medios, o prueba de una exención aprobada de Marketplace y negación de Medicaid por parte del estado.

C. Proceso de apelación

1. En el caso de que un paciente sea determinado no elegible después de una revista de todas sus dificultades y del criterio financiero, el paciente será avisado de que él puede apelar la decisión ante el Vicepresidente de Finanzas / Director de Finanzas del hospital. El paciente puede pedir una apelación por escrito enviando su solicitud al Director de Finanzas (CFO, por sus siglas en inglés). La carta de apelación debe ser presentada dentro de los 30 días de la fecha de la denegación.
2. La apelación es revisada por el Vicepresidente de Finanzas / CFO o su designado, por el Supervisor de Liquidación Financiera, o por un Representante de Asistencia Financiera. Esto se realiza dentro de los treinta (30) días de recibida la carta de apelación y el paciente será notificado de la decisión final, por escrito, inmediatamente se llegue a una conclusión.
3. El Vicepresidente de Finanzas / CFO o su designado puede modificar los requerimientos de elegibilidad, caso por caso, en la eventualidad que la apelación sea basada en circunstancias extraordinarias.

IV. PUBLICACIÓN DE ESTA PÓLIZA

Esta Política, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un breve resumen de esta póliza se publicarán en el sitio web de WDH de manera que los interesados puedan acceder, descargar y ver e imprimir una copia sin costo alguno. No se exigirá a las personas crear una cuenta ni que proporcionen información de identificación personal como condición para acceder o imprimir una copia de dicha información. WDH proporcionará a pedido, información sobre cómo acceder a una copia de dichos documentos en línea, incluyendo una dirección directa del sitio web donde se colocan los documentos. WDH proporcionará un aviso público anualmente en su sitio web después de que las Directrices Federales de Pobreza promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos sean publicadas en el Registro Federal.

A los pacientes se les ofrecerá una copia de esta póliza en el momento de su registración/admisión al hospital. Las copias impresas de esta póliza, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de esta póliza se enviarán gratuitamente por correo, previa solicitud, y estarán también disponibles en varias locaciones a través de WDH.

WDH informará a sus pacientes y visitantes sobre esta póliza:

1. Ofreciendo copias impresas de la versión en lenguaje simplificado a los pacientes como parte de su proceso de admisión o del alta;
2. Incluyendo avisos visibles en los estados de cuenta enviados por correo, informando a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta póliza, incluyendo el teléfono del departamento de asistencia financiera que puede dar información sobre el programa, sobre el proceso de solicitud, y la dirección directa al sitio web (o URL) de donde se pueden obtener copias de esta póliza, formularios de solicitud, y la versión abreviada en lenguaje sencillo; y

3. Exhibiendo avisos en espacios públicos del hospital que informen a los pacientes sobre esta póliza, incluyendo en el área de emergencias y de admisiones.

WDH también notificará a los residentes de la comunidad sobre esta póliza de manera razonablemente calculada para llegar a aquellos con mayores probabilidades de tener que procurar asistencia financiera (así como circulando la información a través de agencias de servicios sociales).

Cualquier distribución pública de esta póliza será en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con entendimiento limitado del inglés que constituya el menor de 1.000 individuos o el 5% de los residentes de la comunidad.

V. PROFESIONALES CUBIERTOS POR EL PROGRAMA

Todos los proveedores de Wentworth Health Partners observan esta Política de Asistencia Financiera. Una lista de proveedores de Wentworth Health Partners está disponible en línea en <https://wdhospitalinternal.com/whp>.

EL PROCESO PARA REVISAR LAS SOLICITUDES IMPRESAS**A. APROBACIONES**

1. Se recibe la solicitud.
2. El representante de Asistencia Financiera llena la hoja de cubierta para el solicitante.
3. El representante de Asistencia Financiera anota "Solicitud Recibida" en el historial médico del paciente.
4. La solicitud es evaluada para elegibilidad de asistencia financiera y aprobada.
5. El representante de Asistencia Financiera produce la carta de aprobación y/o la tarjeta, las firma y las envía al paciente por correo.
6. El paquete de solicitud del paciente es digitalizado e incluido en el récord médico del paciente, conjuntamente con una copia de la carta y/o tarjeta de aprobación.

B. DENEGACIONES

1. Se recibe la solicitud.
2. El representante de Asistencia Financiera llena la hoja de cubierta para el solicitante.
3. El representante de Asistencia Financiera anota "Solicitud Recibida" en el historial médico del paciente.
4. La solicitud es evaluada para elegibilidad de asistencia financiera y rechazada.
5. El representante de Asistencia Financiera produce la carta de rechazo explicando la razón, la firma y la envía al paciente por correo.
6. El paquete de solicitud del paciente es digitalizado e incluido en el récord médico del paciente, conjuntamente con una copia de la carta de denegación.



Programa de asistencia financiera: Resumen de la póliza

ASISTENCIA OFRECIDA BAJO ESTA PÓLIZA:

Los pacientes de *Wentworth-Douglass Hospital* y *Wentworth-Douglass Physician Corporation* aprobados para recibir Asistencia Financiera, reciben el 100% de cobertura por servicios de emergencia y otros médicamente necesarios. Los pacientes del Centro de Dentistería tienen requerido abonar una tarifa fija de \$35 por visita antes de recibir servicios. Algunos servicios dentales requerirán gastos adicionales que también deberán ser abonados por el paciente. De corresponder, los ajustes por asistencia financiera se realizan después de la adjudicación del reclamo del seguro.

Los procedimientos electivos no serán cubiertos bajo la asistencia financiera. Para estos servicios no cubiertos, los individuos que sean elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política, recibirán un descuento igual a los montos generalmente facturados.

CÓMO SOLICITAR u OBTENER COPIAS DE LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD

Hay Representantes de Asistencia Financiera disponibles para ayudar con cualquier pregunta relacionada con el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera, y/o sobre la póliza.

* Todos los documentos para la Asistencia Financiera están disponibles en inglés, español e indonesio.

EN PERSONA: Hay copias impresas disponibles en *Wentworth-Douglass Hospital* y en los consultorios de *Wentworth-Douglass Physician Corporation*, así como en la Oficina de asistencia financiera: *Wentworth-Douglass Business Systems Building*, 121 Broadway Avenue, Dover, NH 03820.

Horas de atención: De lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm

ONLINE: Hay copias electrónicas gratis para el público, para verse o imprimir, en el sitio web del Hospital: www.WDHospital.com

POR CORREO: Para pedir que se le envíen estos documentos por correo gratuitamente, llamar a la Oficina de Asistencia Financiera, al (603)740-3234.

Pautas básicas de elegibilidad:

Ingreso: Ver el cuadro siguiente para las directrices de ingreso para elegibilidad.

Wentworth-Douglass Hospital 2018			
Directrices de ingresos para elegibilidad de Asistencia Financiera			
TAMANO DEL GRUPO FAMILIAR	PAUTAS FEDERALES DE POBREZA	DIRECTRICES DE WDH/WHP SOBRE EL INGRESO BRUTO ANUAL 250% x FPL	DIRECTRICES DEL CENTRO DE DENTISTERÍA SOBRE INGRESOS 300% x FPL
1	\$12,140	\$ 30,350.00	\$ 36,420.00
2	\$16,460	\$ 41,150.00	\$ 49,380.00
3	\$20,780	\$ 51,950.00	\$ 62,340.00
4	\$25,100	\$ 62,750.00	\$ 75,300.00
5	\$29,420	\$ 73,550.00	\$ 88,260.00
6	\$33,740	\$ 84,350.00	\$101,220.00
7	\$38,060	\$ 95,150.00	\$114,180.00
8	\$42,380	\$105,950.00	\$127,140.00
Agregar \$4,320 adicionales por cada miembro de la familia de más de 8			
<i>*Montos obtenidos del Registro Federal*</i>			

Activos: El límite individual por grupo familiar es de \$15,000. Para grupos familiares de más de uno, el límite de activos es de \$30,000.

Esfuerzo para Obtener Seguro: Los solicitantes deben demostrar que han agotado todas las alternativas para tratar de obtener cobertura de seguro por otros medios.

Wentworth-Douglas Hospital 2018			
Directrices de ingresos para elegibilidad de Asistencia Financiera			
TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR	PAUTAS FEDERALES DE POBREZA	DIRECTRICES DE WDH/WHP SOBRE EL INGRESO BRUTO ANUAL 250% x FPL	DIRECTRICES DEL CENTRO DE DENTISTERÍA SOBRE INGRESOS 300% x FPL
1	\$12,140	\$ 30,350.00	\$ 36,420.00
2	\$16,460	\$ 41,150.00	\$ 49,380.00
3	\$20,780	\$ 51,950.00	\$ 62,340.00
4	\$25,100	\$ 62,750.00	\$ 75,300.00
5	\$29,420	\$ 73,550.00	\$ 88,260.00
6	\$33,740	\$ 84,350.00	\$101,220.00
7	\$38,060	\$ 95,150.00	\$114,180.00
8	\$42,380	\$105,950.00	\$127,140.00
Agregar \$4,320 adicionales por cada miembro de la familia de más de 8			
<i>*Montos obtenidos del Registro Federal*</i>			

<https://www.federalregister.gov/documents/2018/01/18/2018-00814/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Annual Update of the HHS Poverty Guidelines
Pages 2642-2644 [FR DOC # 2018-00814]

Página de cubierta para la solicitud de asistencia financiera
Wentworth Douglass Hospital y Wentworth Health Partners
Teléfono: (603)740-3234

Enviar solicitud por correo, a:
 789 Central Avenue Dover NH 03820
 ATTN: Financial Assistance Office

Asistencia en persona:
 Wentworth-Douglass Business Systems
 121 Broadway Avenue Dover NH 03820

Estimado solicitante:

Es posible que usted pueda obtener ayuda financiera de Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners, así como posiblemente de otras organizaciones al servicio de la salud.

Cómo solicitarlo

Para averiguar si usted o su grupo familiar califica, debe llenar el formulario de solicitud y proveer prueba de sus ingresos, así como copias de los siguientes documentos:

Documentación que debe ser presentada con su solicitud	Incluido	No corresponde
1. Prueba de cobertura o exención de beneficios de salud		
<i>a.</i> Copia completa de su declaración federal de Impuesto sobre la renta más reciente (Formulario 1040) y todos los adjuntos de apoyo, incluyendo el (los) formulario(s) W-2 del año pasado. <i>b.</i> Si no presentó una declaración de impuestos, se le pedirá que firme un Formulario 4506T, que nos permite contactar al IRS para verificar que no se presentó una declaración de impuestos.		
3. Copias de los tres (3) talones de cheques consecutivos más recientes por pago de empleo, o una declaración de su empleador en el membrete de la empresa		
4. Si trabaja por cuenta propia, el reporte de pérdidas y ganancias de los últimos 12 meses es requerido		
5. Si usted no tiene un ingreso, se le pedirá firmar un Formulario de Proclamación de "No Ingreso ni apoyo", el cual requerimos para poder procesar su solicitud.		
6. Copias de los tres (3) estados de cuenta bancaria más recientes (Ejemplo: cuenta de ahorros, cuenta corriente (<i>de cheques</i>), <i>money market</i> , IRA, 401K, etc.) <i>a.</i> Si usted no tiene una cuenta de banco, se le pedirá firmar un Formulario de Proclamación de "No Cuenta Bancaria", la que pedimos para poder procesar.		
7. Copias de beneficios recibidos por compensación, desempleo o discapacidad (incluir la fecha de comienzo)		

8. Copias de beneficios recibidos por pensión		
9. Copia de ingresos por Seguridad Social (declaración de beneficios anuales, copia de cheque o prueba de depósito directo)		
10. Copia de asignación de cupones para alimentos		
11. Copias de Avisos de Asistencia del Gobierno, incluyendo cartas de agotamiento y deducibles. <i>a. Si no hay aviso disponible, se le pedirá que firme un Formulario de Autorización para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el cual nos permite obtener el aviso del Departamento de Salud y Servicios Humanos</i>		
12. Copia de beneficio por compensación al trabajador (<i>indique la fecha de la lesión</i>)		
13. Copias de manutención de hijos pagados y / o recibidos		
14. Si es casado, pero se ha separado de su cónyuge, se requiere una copia de su documento de separación legal <i>b. Si no pasó por el sistema judicial para su separación, se le pedirá que proporcione declaraciones notariadas de separación y / o contratos de arrendamiento</i>		

****POR FAVOR ENVIE COPIAS DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE CORRESPONDA****
Los documentos NO son devueltos a los solicitantes; se digitalizan y se destruyen de manera segura.

Tenga en cuenta que los procedimientos electivos no pueden ser considerados para asistencia.
 Por favor, utilice esta lista de comprobación para asegurarse de que tenemos toda la información necesaria para procesar su solicitud de forma rápida y correcta. Podemos pedirle información adicional, así que verifique que la información de contacto que ha indicado sea correcta.

La información que usted provee es confidencial.

Usted seguirá siendo financieramente responsable de los servicios que reciba hasta que se haya determinado si califica para recibir ayuda.

Si no ha tenido noticias nuestras en 30 días después de presentar su solicitud, o necesita ayuda para entenderla, llame a nuestra Oficina de Asistencia Financiera al (603)740-3234 y uno de nuestros representantes le ayudará.

[Para ver la póliza de Asistencia Financiera de Wentworth-Douglass Hospital, visite: www.wdhospital.com; Patient Services/](http://www.wdhospital.com; Patient Services/)

CARTA DE APROBACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA



WENTWORTH-DOUGLASS HOSPITAL
WENTWORTH HEALTH PARTNERS
ASISTENCIA FINANCIERA

Dirección postal: 789 Central Avenue, Dover NH 03820
 Personalmente: Wentworth-Douglass Business Systems, 121 Broadway,
 Dover, NH 03820
 Phone: 740-3234

«NOMBRE DEL PACIENTE»

«DIRECCIÓN»

«CIUDAD», «ESTADO» «ZONA POSTAL»

Tengo el placer de informarle que en base a la información que usted nos ha provisto, usted ha sido aprobado/a para un descuento del **100%** del costo de los servicios provistos por Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Parters. Los pacientes del Centro Comunitario de Dentistería de Wentworth Douglass tienen requerido pagar un co-pago en cada visita.

Por favor note: Si usted tiene cobertura de Seguro Dental, o reside fuera del área demográfica de servicio, usted no será elegible para los servicios del Centro comunitario de Dentistería.

Su solicitud original y documentación han sido digitalizados en nuestro sistema.

Si usted está discapacitado, o llega a estarlo, o tiene 65 años de edad o más, es posible que se le requiera solicitar cobertura por Medicaid en cualquier momento durante su periodo de elegibilidad.

La Asistencia Financiera no cubrirá ningún procedimiento electivo ni ningún pago relacionado con tales procedimientos (así como, procedimientos sujetos a reclamos por compensación al trabajador).

Si usted recibiera estados de cuenta después de la fecha de esta carta, es su responsabilidad informarnos contactándonos a nuestras oficinas, en el (603)740-3234. Nosotros no procesaremos automáticamente los balances de todos los pacientes sin notificación.

Por favor note que:

- Adjunto, encontrará su Tarjeta de Asistencia Financiera*
- Es su responsabilidad presentar esta tarjeta a su proveedor en oportunidad de cada servicio.**
- La tarjeta adjunta tiene una fecha de vencimiento. Una vez que expire, es su responsabilidad volver a solicitar asistencia.*
- Los médicos del Departamento de Emergencia, radiólogos, patólogos, anestesistas y médicos consultores le facturarán a usted por separado por sus servicios, de habérselos prestado. Si usted tuviese cualquier pregunta respecto a las cuentas de dichos proveedores, por favor contáctelos a ellos directamente. Esta decisión de Asistencia Financiera no es honrada por todos esos médicos. Es su responsabilidad proveer esta información a todos los doctores o proveedores de servicios médicos que lo atiendan.**

Atentamente,

Nombre del representante

Representante de recursos familiares

Oficina de Asistencia Financiera
Teléfono: 603-740-3234



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de vencimiento: _____ Nivel: _____

Organización emisora: _____

Teléfono: _____ Ext.: _____

Firma autorizada: _____

*Nombre del seguro: _____

CARTA DE DENAGACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Wentworth Douglass Hospital &
Wentworth-Douglass Physician Corporation
Dirección postal: 789 Central Avenue
En persona: WD Business Systems, 121 Broadway

Dover NH 03820

ATTN: Oficina de Asistencia Financiera

Tel.: 603-740-3234

Fecha:

MR#

Muchas gracias por solicitar asistencia financiera. Desafortunadamente, su solicitud ha sido denegada.

Su solicitud original y documentación han sido digitalizadas en nuestro sistema; por lo tanto, le estamos devolviendo los documentos adjuntos para sus récords.

SU SOLICITUD ESTA SIENDO DENEGADA POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

❖ Necesidad

***En base a esta determinación, sus cuentas médicas son su responsabilidad.
Si sus circunstancias cambian, usted puede volver a solicitar asistencia.***

Si usted desea apelar esta decisión, puede hacerlo por escrito, dirigiéndola al Vicepresidente de Finanzas / CEO de Wentworth-Douglas Hospital, 789 Central Avenue, Dover, NH 03820. La apelación debe ser recibida dentro de los 30 días de la fecha de esta denegación.

Mientras tanto, por favor siéntase en libertad de contactar al Departamento de Cuentas del Paciente para discutir las opciones de pago. El teléfono del Departamento de Cuentas del Paciente es 1-855-762-5219.

Atentamente,

Nombre del representante

Representante de recursos familiares

Teléfono: 603-740-3234