

Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)
Política FI49

Asunto:

Asistencia Financiera

Fecha de vigencia:

Enero 1, 2016

Se aplica a:

Hospitales Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

Fecha de revisión/corrección:

Enero 1, 2020

Área de origen:

Consejo Supervisor de Ciclos de Ingresos

Fecha de próxima revisión:

Enero 1, 2023

I. POLÍTICA

El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist, HM*) tiene el compromiso de suministrar ayuda financiera a las personas que tengan necesidades de servicios médicos y que no puedan pagar los servicios médicos necesarios, incluso atención de emergencia según se define en el presente, con base en su situación financiera personal. En concordancia con su objetivo de suministrar servicios médicos económicos y de alta calidad, HM se esfuerza por garantizar que aquellos que sufren necesidad no se vean impedidos de recibir los servicios de atención médica necesarios. El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) proveerá, sin discriminación, los servicios necesarios para condiciones médicas de emergencia, indistintamente de la capacidad de pago del paciente.

Esta política incluye información sobre cómo solicitar asistencia financiera, cuáles son los servicios elegibles, los criterios de elegibilidad, el proceso de aprobación, las bases de cálculo de los montos facturados, los requisitos de notificación y contabilización, los procedimientos de cobranza para montos impagos, una lista de los proveedores que están o no están incluidos en esta política (Anexo C), y también proporciona un resumen de esta política en lenguaje sencillo (Anexo A).

Esta asistencia financiera no debe ser considerada como sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes contribuyan a cubrir los costos de sus servicios médicos en base a su capacidad de pago y que cumplan con los procedimientos del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) para obtener asistencia financiera. A las personas que tengan la capacidad financiera de comprar un seguro médico, se les incentivará a que lo hagan como medio para obtener acceso a los servicios de cuidado de la salud. Los pacientes que califiquen como pacientes de *Houston Methodist Global* están excluidos de esta política.

En concordancia con los principios de un buen manejo financiero personal y con el fin de que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) pueda suministrar sus servicios de salud a la mayor cantidad de personas posible, la Junta Directiva del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ha establecido los siguientes lineamientos para el suministro de servicios caritativos a pacientes.

II. DEFINICIONES

- Asistencia Financiera: Servicios de salud suministrados por los Hospitales Metodistas de Houston (*Houston Methodist*) sin cargo o con descuento a pacientes que hayan sido aprobados para recibir Asistencia Financiera.
- Financieramente indigente: Es un paciente cuyo ingreso familiar es menor o igual que el 200% del Índice Federal de Pobreza.
- Medicamente indigente:
 - Nivel 1: Es un paciente cuyo ingreso familiar oscila entre el 201% y el 500% del Índice Federal de Pobreza.
 - Nivel 2: Es un paciente cuyo ingreso familiar es mayor del 500% del Índice Federal de Pobreza y su saldo adeudado es mayor del 10% de su ingreso familiar.
- Presunta caridad: En instancias en que la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA) no esté completa, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) evaluará, de manera rutinaria, a los pacientes no asegurados utilizando servicios de terceros para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera (o sea, usando un modelo de evaluación electrónica). La información obtenida en esta evaluación incluye el ingreso estimado y el número de integrantes de la familia.
- Índice Federal de Pobreza (*Federal Poverty Level, FPL*): Nivel de ingresos en el que se considera que una persona se encuentra en el umbral de la pobreza. Este nivel de ingresos varía de acuerdo con el tamaño del grupo familiar. El índice de pobreza se actualiza anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se publica en el Registro Federal. El índice de pobreza indicado en estos lineamientos publicados representa los ingresos brutos.
- Saldo de la cuenta: Es el monto adeudado después de aplicar cualquier asistencia de terceros.
- Familia: Aplicando la definición del Buró del Censo, una familia es aquel grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas entre sí por nacimiento, matrimonio o adopción. En consonancia con las reglas del Servicio de Rentas Internas (*IRS*), si un paciente incluye a otra persona como dependiente en su declaración de ingresos, esa persona también se podrá considerar como dependiente para los fines de determinación de asistencia financiera.
- Ingresos familiares: Los ingresos familiares, previo al descuento de impuestos, se determinan usando la definición del Buró del Censo, el cual utiliza los siguientes rubros de ingresos al calcular los índices federales de pobreza:
 - Ingresos, subsidios por desempleo (*unemployment compensation*), indemnización por accidentes de trabajo (*workers' compensation*), Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (*SSI*), asistencia pública, pagos a un veterano de guerra, beneficios a sobrevivientes, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses y dividendos (sin incluir ganancias o pérdidas de capital), rentas, regalías, ingresos por sucesión, fideicomisos, asistencia para gastos de estudio, pensión alimenticia, pensión para el sustento de hijo(s), asistencia recibida de terceros, y otras fuentes diversas;

- Los beneficios no monetarios (tales como estampillas para alimentos [*food stamps*] o subsidios para la vivienda) no se toman en cuenta;
- Si una persona vive con una familia, se incluyen los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar. Las personas que no son parientes (alguien que comparte vivienda, por ejemplo) no se toman en cuenta.
- Houston Methodist Global: Una corporación del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) que presta servicios a los siguientes pacientes:
 - De ciudadanía extranjera;
 - Con pasaportes válidos;
 - Jubilados estadounidenses que residan en el extranjero de manera permanente; o
 - Ciudadanos estadounidenses que trabajen en el extranjero durante más de seis meses al año.
- Cargos brutos: Cargos por servicios antes de aplicar pagos, ajustes contractuales o descuentos.
- Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente (AGB): El porcentaje promedio de pagos que un Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) recibe de Medicare o de seguros médicos privados por prestar ciertos servicios médicamente necesarios o de emergencia (ver Anexo B). Este porcentaje se calcula todos los años para cada Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) dentro de 120 días del 31 de diciembre, de forma retrospectiva, lo que incluye reclamos procesados del año calendario anterior.
- Condiciones Médicas de Emergencia: Se las define dentro del sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).
- Médicamente necesario: Es tal como lo define Medicare (servicios o suministros que son los considerados razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión física).

III. PROCEDIMIENTO

- A. **Criterios de elegibilidad:** Aquellas personas que busquen asistencia financiera con base en sus ingresos familiares deberán completar la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA). La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para aquellos pacientes que califiquen como:
1. Financieramente indigentes según lo determina el criterio en esta política;
 2. Médicamente indigentes según lo determina el criterio en esta política;
 3. Aquellos que cumplan con la presunta elegibilidad según lo determina el criterio en esta política.
- B. **Servicios elegibles:** Los siguientes servicios de salud son elegibles para recibir asistencia financiera:

1. Servicios médicos de emergencia que sean suministrados en una sala de emergencias;
2. Servicios médicos por una afección médica que, de no ser tratada con rapidez, podría conducir a un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
3. Servicios indispensables que sean suministrados ante situaciones que amenacen la vida, pero en un contexto que no sea la sala de emergencias; y
4. Servicios médicamente necesarios, evaluados individualmente en cada caso, a total criterio del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*).

C. **Proceso de determinación de la elegibilidad:** La necesidad financiera se determinará siguiendo un proceso de evaluación individual que podrá incluir lo siguiente:

1. Presunta elegibilidad: En ciertos casos, podría haber información inadecuada para tomar una determinación de asistencia financiera sin una solicitud de asistencia financiera completa. La presunta asistencia financiera se evaluará y/o se reevaluará para cada fecha de servicio. Algunos ejemplos que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) consideraría para determinar la presunta asistencia financiera incluyen:
 - a) Una persona en situación de calle o que haya recibido atención en una clínica para personas en situación de calle;
 - b) Una persona que participe en los programas WIC para mujeres, infantes y niños;
 - c) Una persona que califique para recibir estampillas para alimentos (*food stamps*);
 - d) Una persona cuyo domicilio válido sea una vivienda para personas de bajos recursos y/o una vivienda subsidiada;
 - e) Un paciente que ha fallecido sin dejar bienes sucesorios conocidos;
 - f) Una persona que participe en Programas escolares comunitarios u otros programas aprobados, provistos por terceros (por ej., pacientes presuntamente elegibles por derivaciones desde la comunidad, bajo sus programas de asistencia financiera) y el paciente calificaría para recibir el descuento financiero para indigentes;
 - g) Un paciente doblemente elegible para cobertura primaria bajo Medicare y para cobertura secundaria bajo Medicaid;
 - h) Un paciente elegible para Medicaid cuyo reclamo se haya rechazado debido al período de la enfermedad con derecho a recibir beneficios de salud o a la extinción de los beneficios; y

- i) Modelos de evaluación electrónica realizados por terceros (como Experian).
 - Modelos de evaluación electrónica (ESM). Cuando en paciente no completa la solicitud de asistencia financiera o no proporciona la documentación necesaria para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, su cuenta puede ser evaluada usando un modelo de evaluación electrónica que arroja puntajes basándose en los ingresos familiares y el número de integrantes en el hogar del paciente. Cuando el puntaje del modelo de evaluación electrónica indique que el paciente califica para la asistencia financiera, se aplicarán los descuentos.
- 2. Un proceso que culmine con la compleción de una solicitud de asistencia financiera (o *FAA*, Anexo D).

D. Cómo solicitar asistencia financiera

- 1. Para solicitar Asistencia Financiera, el paciente puede obtener la Solicitud de Asistencia Financiera (*FAA*), de manera gratuita, de una de las siguientes maneras:
 - a. Comunicándose con un Asesor Financiero antes de o al momento de recibir el servicio;
 - b. Descargándola del sitio web de HM, en www.HoustonMethodist.org/Billing;
 - c. Comunicándose con la Oficina Administrativa Central del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*), de lunes a viernes de 7:00 de la mañana a 7:00 de la tarde y los sábados de 8:00 de la mañana a 12:00 del mediodía, al 832-667-5900 o sin cargo al 877-493-3228; o
 - d. Por correo:

Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)
Centralized Business Office [Oficina Administrativa Central]
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450
- 2. Una vez que el paciente haya obtenido la solicitud de asistencia, debe completar el formulario en su totalidad, recolectar y anexar los documentos de prueba, y todos los documentos deben presentarse de una de las siguientes maneras:

- a. Por correo:

Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)
Centralized Business Office [Oficina Administrativa Central]
Attn: Financial Assistance Unit

701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

- b. Presente los documentos a un miembro del equipo de Acceso a Servicios del Paciente, o
 - c. Envíelos por fax al 832-667-5995.
3. Es preferible, aunque no obligatorio, que una solicitud de asistencia financiera y la consiguiente determinación de necesidad financiera ocurran antes de que se presten los servicios médicos necesarios (que no sean de emergencia). Sin embargo, esa determinación podrá efectuarse en cualquier momento. Posteriormente, la necesidad de asistencia financiera se evaluará cada vez que se requieran servicios médicos si la última evaluación financiera se realizó hace más de un año, o si en cualquier momento se llegara a obtener información adicional pertinente respecto de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
4. Los valores de dignidad humana y la empatía que profesa el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) se reflejarán en el proceso de solicitud y aprobación de la asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con rapidez y el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) notificará su resultado al paciente o solicitante por escrito dentro de los treinta (30) días de haber recibido la solicitud de asistencia financiera (FAA). La asistencia financiera se aprobará o denegará con base en la solicitud de asistencia financiera completa y otras disposiciones de esta política (ver a continuación). En casos de presunta evaluación, no se le proporcionará una notificación por escrito al paciente, indistintamente de su aprobación o denegación.
- a. Denegación: Toda apelación se tendrá en cuenta siempre que se proporcione la información adicional o que se aclare la información específica indicada en la carta con la razón para la denegación. Las apelaciones se aceptarán por teléfono, por fax y por correo postal.
- E. **Montos facturados:** Una vez que se confirme la elegibilidad para los servicios bajo esta política, cualquier saldo pendiente se le facturará al paciente según se indica a continuación.
- 1. Los financieramente indigentes recibirán un descuento del 100% de los cargos brutos, el paciente no recibirá ninguna factura, y el descuento se clasificará como asistencia financiera.
 - 2. Los medicamento indigentes de Nivel 1 deberán pagar el menor de: el 5% de sus ingresos familiares brutos anuales o un porcentaje del monto habitualmente facturado.
 - 3. Los medicamento indigentes de Nivel 2 deberán pagar el menor de: el 10% de sus ingresos familiares brutos anuales o un porcentaje del saldo de su cuenta.

- F. **Etapas de cobro en caso de falta de pago:** En aquellos casos en que el paciente no pague el monto facturado (Sección III, E más arriba), la gerencia del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) seguirá sus políticas de cobro ya establecidas, las cuales podrán incluir opciones de pago extendido. En ningún momento el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) podrá imponer acciones de cobranza extraordinarias como embargos salariales, gravámenes personales sobre la vivienda familiar principal, notificaciones a burós de crédito u otras acciones legales. Se puede obtener, de manera gratuita, una copia de la política de cobranzas del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) siguiendo los pasos que figuran en la Sección III, D.1.
- G. **Notificación de Asistencia Financiera y Requerimientos Contables:** La notificación sobre la asistencia financiera se podrá hacer por diversos medios, que podrán incluir, sin limitación: la publicación de avisos en las facturas del paciente; notificaciones en salas de emergencia y centros de cuidado de urgencia; en el formulario de Condiciones para el Ingreso; en los departamentos de Admisión y Registro, y en cualquier otro lugar público que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) seleccione. Asimismo, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) publicará y difundirá ampliamente un resumen de esta política de Asistencia Financiera en los sitios web de sus hospitales y mediante folletos colocados en sitios de acceso para pacientes y en otros lugares dentro de la comunidad donde el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ofrezca sus servicios. Tales avisos y resúmenes de información deberán ser suministrados en las diversas lenguas de la población a la que sirve el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*). Cualquier miembro del personal del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) o del personal médico podrá derivar pacientes para recibir asistencia financiera. La solicitud de asistencia financiera podrá llenarse por el paciente, por algún miembro de su familia, por amigos cercanos u otras personas vinculadas al paciente, siempre acatando las leyes de privacidad aplicables.
- H. **Requerimientos regulatorios:** En la implementación de esta Política, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) acatará la legislación federal, estatal y local, y las reglas y reglamentaciones correspondientes a las acciones que se llevan a cabo bajo esta Política.
- I. **Documentos de referencia:**
1. Ley de Atención Médica Asequible y Protección al Paciente de 2010;
 2. Código de Rentas Internas, Sección 501(r)(4)-(r)(6);
 3. Política de Opciones de Pago Extendido (FI86); y
 4. Política de Cobranzas (FI85).

IV. CONSEJOS O COMITÉS A CARGO DE LA REVISIÓN O APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DE LA REVISIÓN DE FECHAS APROPIADAS

Recomendado por el Consejo Supervisor de Ciclos de Ingresos

Aprobado por la Junta Directiva del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

V. NOMBRE DEL EJECUTIVO A CARGO DE LA APROBACIÓN: Marc L. Boom, M.D.
PUESTO: Presidente y Director Ejecutivo

Autorizado por el Gerente de Administración:

(Original firmado en archivo)

M. Boom

Presidente

Director Ejecutivo

Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

Fecha

Anexo A

Resumen en lenguaje sencillo

Política de Asistencia Financiera del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) tiene el compromiso de ofrecer cuidados caritativos a aquellas personas que no cuenten con seguro médico o que tengan uno insuficiente, que no califiquen para un programa del gobierno, o que no puedan pagar, por alguna razón, su atención médica necesaria o de emergencia debido a su situación financiera personal.

Aquellos pacientes cuyos ingresos familiares no superen el 200% del Índice Federal de Pobreza calificarían para recibir servicios gratuitos; y aquellos cuyos ingresos familiares superen el 200% pero que no lleguen a más de 500% del Índice Federal de Pobreza, calificarían para recibir servicios médicos con tarifas descontadas. Estas tarifas descontadas no podrán sobrepasar el monto promedio que los seguros médicos privados y Medicare le pagarían al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) por el servicio en cuestión, incluyendo cualquier pago del paciente a modo de deducibles, copagos y coseguros. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean mayores del 500% del Índice Federal de Pobreza podrían ser elegibles para recibir descuentos en los servicios.

Usted no tendrá que hacer pagos por adelantado ni establecer planes de pago para los servicios de emergencia y médicamente necesarios antes de que se le suministren los servicios. Pero si se le pide que pague una tarifa descontada y no puede pagarla en su totalidad después de que se le hayan provisto los servicios médicos, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) intentará cobrarle ese monto descontado. El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) le enviará estados de cuenta mensuales solicitando que usted pague. Si no puede pagar el monto descontado en un solo pago, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ofrece opciones de pago extendido sin interés. La cantidad con descuento que aún se adeude será remitida a una agencia de cobros para que traten de obtener el pago. Las actividades de las agencias de cobro no incluirán embargos personales, acciones legales ni notificaciones a las agencias de crédito.

Hay copias gratis de la Política de Asistencia Financiera, de la Solicitud de Asistencia Financiera y de las Políticas de Cobranza del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) disponibles en el sitio web: www.HoustonMethodist.org/Billing, en las Áreas de Admisión y Registro del Hospital o pueden obtenerse comunicándose con la Oficina Administrativa Central a los teléfonos (local) 832-667-5900 o al 877-493-3228 (sin cargo). También pueden pedirse por correo postal a la siguiente dirección:

Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)
Centralized Business Office [Oficina Administrativa Central]
Attn: Financial Assistance Unit
701 S. Fry Road
Katy, TX 77450

Este Resumen en lenguaje sencillo, la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y las Políticas de Cobranza están disponibles en diversos idiomas en los puntos de contacto mencionados anteriormente.

La Unidad de Asistencia Financiera del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) está a su disposición para responder sus preguntas, proporcionarle información sobre la Política de Asistencia Financiera y ayudarlo en el proceso para completar la solicitud. Puede comunicarse con un miembro de la Unidad de Asistencia Financiera de lunes a viernes de 7:00 de la mañana a 7:00 de la tarde y los sábados de 8:00 de la mañana a 12:00 del mediodía, llamando al 877-493-3228.

Una vez que haya completado la Solicitud de Asistencia Financiera, adjunte todos los documentos de prueba requeridos y envíelos por correo a la Unidad de Asistencia Financiera, ver dirección más arriba, o envíela por fax a la Unidad de Asistencia Financiera al 832-667-5995.

EJEMPLO DE HOJA DE CÁLCULO PARA ESTABLECER LOS MONTOS QUE SE FACTURAN HABITUALMENTE (AGB)

Cálculo Anual del Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente
Hospitales Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

Corresponde al período de medición: enero 1, 2019 - diciembre 31, 2019

A	Reclamos de tarifas a Medicare pagados durante el período pertinente	\$
B	Reclamos a Seguros Privados pagados durante el período pertinente	\$
C	Copagos, coseguros y deducibles relacionados a los reclamos en A y B pagados por el paciente durante el período pertinente	\$
D	Total de montos permitidos a seguros y pagos del paciente (A+B+C más arriba)	\$
E	Cargos brutos del hospital por los servicios suministrados en D (arriba)	\$
F	Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente (AGB), desglosado por hospital (D/E)	%

Para obtener una lista de los porcentajes de los montos habitualmente facturados para cada Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*), siga los pasos que figuran en la Sección III, D.1. Se le proporcionará esta información de manera gratuita.

Pese a que se requiere que se calcule el monto habitualmente facturado para cada entidad, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) aplicará, de manera uniforme, el monto más bajo calculado, y lo redondeará.

Anexo C

Lista de Proveedores que están o no están cubiertos por esta Política

	Bajo cobertura
Organización/Grupo/Consultorios Médicos	Sí/No
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>)	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Sugar Land	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Willowbrook	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), West	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Baytown	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Clear Lake	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>) de Cuidados continuos	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), The Woodlands	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Cinco Randi	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Cypress	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Kirby	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Pearland	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Sienna Plantation	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Spring	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Spring Brandi	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: The Woodlands	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Imágenes: Voss	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Cinco Randi	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Cypress	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Kirby	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Pearland	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Sienna Plantation	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Spring	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: The Woodlands	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Centro de Emergencias: Voss	Sí
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Grupo de médicos de atención primaria	No
Hospital Metodista de Houston (<i>Houston Methodist</i>), Grupo de médicos especialistas	No
Grupos médicos que no pertenezcan al Hospital Metodista de Houston	No

(Houston Methodist) (Médicos privados)	
Anestesiología: US Anesthesia Partners	No
Anestesiología: Space City Anesthesia	No
Médicos de Emergencia: EmergiGroup Physician Associates	No
Médicos de Emergencia: Kirby Emergency Physicians	No
Médicos de Emergencia: San Jacinto Emergency Physicians	No
Médicos de Emergencia: West Houston Emergency Physicians	No
Médicos de Emergencia: Woodlands Emergency Physicians	No
Medicina Hospitalaria: Medical Clinic of Houston, LLP	No
Medicina Hospitalaria: Houston Hospitalist Joint Venture	No
Medicina Hospitalaria: Houston InPatient Physician Associates	No
Medicina Hospitalaria: Medical Center of Houston Physician Consultants, PLLC	No
Medicina Hospitalaria: Medical Center Hospitalist Associates, PLLC	No
Medicina Hospitalaria: Houston Methodist Academic Hospitalist Group	No
Medicina Hospitalaria: UTS	No
Medicina Hospitalaria: XpertMD	No
Medicina Hospitalaria: TeamHealth	No
Medicina Hospitalaria: OB Hospitalist Group	No
Medicina Hospitalaria: Questcare Obstetrics, PLLC	No
Medicina Hospitalaria: Envision OB/Gyn Hospitalist	No
Medicina Hospitalaria: Vanguard	No
Imágenes: MASTOS Imaging Associates	No
Recién nacidos: Texas Children's Physician Services	No
Patología: Methodist Pathology Associates, PLLC	No
Radiología: Houston Radiology Associated	No

Anexo D



Solicitud de Asistencia Financiera

Instrucciones: Complete todos los espacios en blanco de esta solicitud. Si algún punto no corresponde a su caso, escriba N/A. Adjunte fotocopias de los documentos que correspondan a su situación actual: 1. Talón de pago salarial más reciente que muestre sus ingresos anuales hasta la fecha; 2. Su declaración de impuestos más reciente, con todos sus adjuntos; 3. Cheque de Seguro Social o carta confirmatoria de dichos beneficios o un estado de cuenta bancario, en caso de contar con depósito directo; 4. Carta de Notificación de Beneficio por Desempleo; 5. Tarjeta dorada del Sistema de Salud de Harris County. Si está desempleado y depende de otros para sus ingresos o gastos cotidianos, adjunte una carta de sustento y una copia de la declaración de impuestos donde Ud. aparezca como dependiente. En caso de tener preguntas o necesitar asistencia adicional comuníquese con la oficina Centralized Business Office al 877-493-3228 de lunes a viernes de 7am a 7pm y sábados de 8am a 12pm.

Presente la solicitud completa y los documentos de sustento a un miembro del equipo de Acceso al Paciente o envíela por fax al (832) 667-5995, o por correo a Houston Methodist, Centralized Business Office, Attn.: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road, Katy, TX 77450.

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE) _____		ÚLTIMOS CUATRO DIGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____	
NOMBRE ESPOSO/A, PADRE, TUTOR (LETRA DE MOLDE) _____		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____	
DIRECCIÓN _____			
TELÉFONO _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESTADO CIVIL _____	
SERVICIO(S) SOLICITADO(S): _____			
NÚMERO DE CUENTA: _____		FECHA DE SERVICIO(S): _____	
Número de menores de 18 años que viven en casa: _____		<u>Nombres de los Dependientes</u>	
Familia Directa	_____	_____	
Hijastros	_____	_____	
No emparentados	_____	_____	
Bajo tutela	_____	_____	

GASTOS	Vivienda:	Servicios Públicos:	Vehículos:
---------------	------------------	----------------------------	-------------------

Paciente	Cónyuge/Otra persona
Empleador/Patrón _____	Empleador/Patrón _____
☐ Empleado/a Tiempo Completo	☐ Empleado/a Tiempo Completo
☐ Empleado/a Tiempo Parcial	☐ Empleado/a Tiempo Parcial
☐ Desempleado/jubilado/discapacitado	☐ Desempleado/jubilado/discapacitado
☐ No puede volver al trabajo	☐ No puede volver al trabajo
☐ Ama de Casa	☐ Ama de Casa

INGRESOS TOTALES FAMILIARES* \$ _____ /mes (ENVIAR COMPROBANTES DE INGRESOS CON LA SOLICITUD)

** Incluir todos los ingresos por salarios, trabajo agrícola o como contratista independiente, asistencia pública, Seguro Social, compensación por desempleo o accidente, jubilación/retiro, beneficios por huelgas, pensión alimenticia, por manutención de menor, adjudicaciones militares, pensiones, ingresos por dividendos, intereses, alquileres y otras fuentes de ingresos varios.*

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que el hecho de no suministrar toda la información que se solicita anteriormente podría considerarse motivo de descalificación para cualquier alivio financiero bajo este Programa. Además, y de ser posible, solicitaré asistencia del gobierno y tomaré las acciones que correspondan para obtener dicha asistencia e informaré al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) sobre el resultado de mi solicitud. Yo/nosotros otorgo/otorgamos nuestro consentimiento al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) para que obtenga la información y los datos provenientes de cualquier fuente a fin de verificar mi/nuestras declaraciones.

(Firma del Paciente o Solicitante)

(Fecha)

Revisado el 01 de enero de 2020