Reid Health

Politica del Programa de Asistance Financiera

PROPÓSITO
Como parte de nuestra misión de mejorar la integridad de todos aquellos a quienes servimos en cuerpo, mente y espíritu a través de nuestra convicción y compromiso para la compasión, el servicio, la excelencia y el valor; Reid Health provee asistencia financiera a los pacientes que no tienen la abilidad de pagar por los servicios hospitalarios o médicos. Existe un proceso formal con el expreso propósito de proporcionar información sobre los programas de asistencia financiera y apoyo en la calificación para los programas, incluyendo los administrados o subvencionados por entidades gubernamentales.

La política del Programa de Asistencia Financiera (FA) será aprobado por la Junta de Directores de Reid Health y es consistente con la misión de la organización y refleja la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la comunidad.

El propósito de esta política y procedimiento es de:

- Asegurar la transparencia, la coherencia y la justicia hacia pacientes sin seguro médico (pagados por si mismos) y establecer directrices para proporcionar una ajuste financiero a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que obtenga servicios médicamente necesarios o de emergencia de Reid Health. Esta política asegura que Reid Health esta en conformindad con la protección del paciente y Ley de Asistencia Asequible, promulgada 23 de marzo 2010, la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. Esto requiere que los hospitales libres de impuestos limiten las cantidades cobradas a los pacientes sin seguro por emergencia y otro tipo de atención médica necesaria a no más de las cantidades que generalmente se cobran a los pacientes no-asegurados.

- Investigar pacientes para: su capacidad de pago, posible elegibilidad para los programas de cobertura de salud o cobertura de terceros, y todos los recursos disponibles con el fin de identificar los casos de caridad en el momento oportuno. Programas de cobertura de salud pueden incluir, pero no están limitados a, Medicaid, Programas de Ahorros de Medicare, planes de seguro subvencionados comprados a través de los programas locales de "mercado" o Affordable Care Act (ACA) Exchange, u otro programa de estado, federales o locales. Con el fin de calificar para ayuda financiera la personal debe aplicar y cumplir con la solicitud de cualquier otra fuente de pago posible.

- Proporcionar los procedimientos para aplicacion de asistencia del programa, el método de aplicación de la ayuda financiera Reid Health, la política de la base

de cálculo de la elegibilidad para la atención gratuita o con descuento y las acciones que el hospital puede tomar en caso de impago.

POLÍTICA
Independientemente de la capacidad del individuo para pagar o calificar bajo esta Política de Asistencia Financiera, Reid Health proporcionará, sin discriminación alguna, el cuidado para cualquier condición médica de emergencia (s) asi designadas bajo el Acta de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Ley (EMTALA) de 1986 del gobierno federal de los EU.

Ninguna persona podrá ser desalentado de buscar atención de emergencia.

Ninguna persona debera ser excluido de la consideración para ayuda financiera basada en la edad, color, credo, origen étnico, sexo, origen nacional, incapacidad física, raza o religión.

Los pacientes que no tienen seguro médico (auto-pago) recibirán un descuento en sus cargos brutos. Este descuento se aplica tanto a los servicios hospitalarios como a los servicios médicos y es exclusivo de ningún otro descuento o la aceptación de la Política de FA.

Con el fin de gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que Reid Health provea el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, se han establecido las siguientes directrices para la prestación de asistencia financiera.

Definiciones:
Monto Generalmente Facturado (AGB) - Reid Health aplicará el "método de mirar hacia atrás" para la determinación de AGB. En particular, Reid Health determinará el AGB para emergencia u otra atención médicamente necesaria multiplicando los cargos brutos por tal cuidado por el porcentaje AGB.

Porcentaje AGB - Reid Health calculará el porcentaje de AGB, al menos anualmente, dividiendo la suma de todas las reclamaciones que se han pagado en su totalidad en caso de emergencia medica y otra atención médicamente necesaria por Medicare de pago por servicio y todos los aseguradores privados de salud en conjunto como los primaria pagador (es) de estas reclamaciones durante un período de doce (12) meses anteriores por la suma de los cargos brutos correspondientes para esas reclamaciones. A estos efectos, Reid Health incluirá en " todas las reclamaciones que se han pagado en su totalidad " tanto las porciones de las reclamaciones pagadas por Medicare o el asegurador privado y las partes asociadas de las reclamaciones pagadas por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en el forma de co-seguro, copagos o deducibles.

Consejero Certificado de Aplicación - Se trata de un individuo que ha logrado con éxito la formación necesaria en el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) como miembro de una Organización de Aplicacion Certificada (CAO). La capacitación abarca los fundamentos de los mercados de seguros de salud, cómo ayudar a los

consumidores y las normas de privacidad y seguridad. El consejero está capacitado para ayudar a las personas sin seguro a entender sus nuevas opciones de cobertura de salud, solicitar ayuda financiera con la cobertura e inscribirse en planes de salud privados a través de los nuevos mercados de seguro de salud. (www.healthcare.gov)

Servicios cosméticos - Estos son los servicios y procedimientos que mejoran el bienestar del paciente, normalmente no están cubiertos por ningún seguro y están categóricamente excluidos de cualquier tipo de asistencia financiera o económica.

Servicios de Emergencia - Servicios de emergencia son un accidente de emergencia, es decir, un evento externo repentino causando daños personales, o una enfermedad de emergencia, es decir, la aparición súbita de síntomas agudos de tal severidad que la ausencia de atención inmediata puede resultar en consecuencias médicas graves; o como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395dd)

Servicios electivos - Estos son los servicios de salud y procedimientos que son necesarios para apoyar la salud y el bienestar del paciente se consideren o no necesarios por razones médicas. Estos servicios son elegibles para ser considerados bajo esta política. Una orden médica que contiene la razón del examen o procedimiento puede ser requerida.

Política de FA - Programa de Asistencia Financiera como se define en esta política.

Cargo Bruto = Un cargo bruto es un precio establecido, mencionado en la lista master de los cargos del hospital, por un servicio o artículo que se cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar las deducciones contractuales, descuentos o deducciones.

Unidad de Hogares - una unidad familiar se define como una o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción (es decir, los padres y los niños que se presenten como dependientes en su declaración de impuestos); o residen juntos y comparten los bienes comunes, tales como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes raíces. Los pacientes mayores de 18 años, como los hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos no se consideran parte de la unidad familiar a menos que dichas personas están legalmente obligados por las deudas del paciente.

Ingresos - Los ingresos incluyen sueldos y salarios, ingresos por intereses, los ingresos por dividendos, seguro social, compensación de trabajadores, pagos por incapacidad, los ingresos de compensación por desempleo, los ingresos del negocio (IRS Anexo C), las pensiones y anualidades, los ingresos agrícolas (IRS Anexo F), alquileres y regalías , herencia, beneficios de huelga y los ingresos de pensión alimenticia. Los ingresos también se define como los pagos recibidos del Estado para custodia legal o tutela.

Navegador Certificado de Indiana - Las personas que están registradas con el Departamento de Seguros de Indiana y cumplieron con los requisitos de la IC 27-19

para ayudar a los residentes de Indiana a completar aplicaciones de cobertura de salud en las aplicaciones del programa de Mercado federalmente facilitados y / o asequibilidad de seguro (como Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños ("chip"), o el Plan Sano de Indiana ("HIP") - dfrbenefits.in.gov).

Paciente Asegurado - Un paciente asegurado se define como aquel que tiene una cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensada para efectos de compensación de los trabajadores, el seguro de automóvil, u otro seguro, determinado y documentado por el hospital.

Médicamente Necesario – Para los efectos de esta política, esto se define como un servicio que es necesario para tratar una condición, que en la ausencia de atención médica podría esperarse razonablemente que resulte en poner en peligro la salud o la condición del individuo.

Defensor del Paciente - Un defensor del paciente es empleado del hospital, contratista, o voluntario designado para ayudar a los pacientes con la investigación, la solicitud y la matrícula en programas de cobertura de salud.

Resumen de Lenguage Claro: - Una declaración escrita de forma clara, concisa y fácil de entender notificando a las personas que Reid Health ofrece asistencia financiera bajo una Política FA.

Auto-Pago o sin seguro - Un paciente que no tiene cobertura de terceros de un plan de seguro de salud, Medicare, o del estado financiados por Medicaid, o cuya lesión no es una lesión compensada para efectos de compensación de los trabajadores, el seguro de automóvil, u otro seguro como determinado y documentado por el hospital se considera auto-pago o sin seguro.

Paciente seguro insuficiente - Un paciente y /o persona responsable con cobertura de terceros para servicios de cuidado de la salud que puede tener una cantidad extraordinaria debido a que no pueden pagar debido a los ingresos de unidad familiar se considera un paciente con seguro insuficiente.

Disponibilidad de Programa de Asistencia Financiera
Reid Health difundira ampliamente la disponibilidad de asistencia utilizando los siguientes métodos:

- En el acceso principal del paciente y puntos de registro en el hospital Reid Health, Reid publicará y/o pondra a la disposición un resumen en lenguaje claro de la Política de FA. El material enviado incluirá instrucciones sobre cómo obtener una versión impresa del resumen en lenguaje claro y la aplicación de Políticas FA de forma gratuita.
- El resumen de Política de FA y la aplicación estarán disponibles en línea en www.ReidHealth.org/FinancialAssistance
- Información sobre cómo solicitar Política FA será incluida en las declaraciones de los pacientes.

- Periódicamente Reid Health también puede proporcionar información sobre su politica de asistencia inscripción y FA a través de anuncios en los medios de prensa, radio y televisión locales.

Las copias impresas de la Política de Asistencia Financiera y Aplicación también pueden obtenerse a través de:

- Llamar a Servicio al Cliente al (765) 983-3184
- Pesentandose a la Oficina de Servicios Financieros del Paciente ubicada en 600 East Main, Richmond, IN 47374
- Presentandose a la Oficina de la Procuradora de Recursos Paciente ubicada en el hospital
- Solicitud por correo por escrito a:
  Reid Health
  1100 Reid Parkway
  Richmond, IN 47374

Los pacientes con saldos después de recibir pagos por seguros (por ejemplo, deducibles, copagos y montos de coaseguro) pueden ser elegibles para asistencia financiera si cumplen los requisitos de elegibilidad.

Los pacientes que han agotado los límites de la política son elegibles para asistencia financiera si cumplen los requisitos de elegibilidad. (Los saldos de las cuentas restantes después de que los límites de la póliza se agotan se consideran asegurados y son elegibles para la Asistencia Financiera)

Los pacientes de Medicare son elegibles para asistencia financiera si cumplen los requisitos de elegibilidad.

El paciente debe cooperar en el suministro de toda la información de seguro a terceros y responsabilidad civil.

El paciente debe agotar la cobertura de seguro de responsabilidad civil / de terceros antes de que el paciente reciba asistencia financiera a través de la Política de FA.

El paciente debe cooperar con la búsqueda de la matrícula en todos los programas de cobertura de salud asequible que pueda acceder antes de la consideración de la aprobación de la ayuda financiera. Se presta asistencia con la evaluación y la inscripción como un servicio gratuito del hospital al paciente mediante Navegantes Certicificados de Indiana y consejeros certificados para solicitudes.

Si la cuenta es con una agencia de cobro, el paciente todavía puede solicitar asistencia financiera.

Servicios Elegibles para Asistencia Financiera

- Cualquier servicio hospitalario que sea una emergencia o un servicio que sea médicamente necesario para tratar una condición que, en la ausencia de

atención médica podría esperarse razonablemente que resulte en poner en peligro la salud o la condición del individuo.

- Cualquiera de los servicios médicos Reid Health Associates (RHPA) proveidos en la relación con el servicio aprobado el hospital (s) y los servicios RHPA que se consideran médicamente necesarios.

Solicitud de Asistencia

La elegibilidad del paciente para la Asistencia Financiera se determinará a través de un proceso de solicitud. El formulario de Solicitud de Asistencia Financiera de Reid Health es el formulario de solicitud válido para el proceso de solicitud. La Política de Asistencia Financiera Reid Health y la aplicación estarán disponible para todos los pacientes

Se requiere una firma en la solicitud (el paciente, fiador o representante legal). Es la responsabilidad del paciente / fiador el completar una solicitud de asistencia.

La aplicación requiere que el paciente proporcione su nombre, dirección actual y la información de contacto válida y los nombres y las edades de las personas en su hogar.

La aplicación requiere que el paciente mencione todos los montos de ingresos y sus fuentes.

Se requiere documentación de toda la información proporcionada en la solicitud para completar la solicitud de asistencia. Reid Health, o su designado, pueden utilizar otras fuentes para verificar o validar la información que se proporciona. Una declaración escrita de la persona(s) que están apoyando el solicitante también podrá solicitarse si el ingreso actual o la falta del mismo no es suficiente para cubrir sus gastos diarios.

Defensores de pacientes están disponibles para ayudar a todos aquellos que quieran solicitar la ayuda y están disponibles durante el horario comercial en el hospital y en la Oficina de Servicios Financieros para el Paciente. Puede ser necesaria la verificación de ingresos solicitada y una lista completa de todos los miembros contable del hogar.

Una aplicación de la Política del FA puede ser utilizada por los servicios cubiertos que se proporcionan hasta 6 meses después de la fecha en que se recibió la solicitud Política de FA.

Todas las aplicaciones de Política del FA se conservarán durante un mínimo de 7 años.

Cualquier excepción a esta política en la concesión de la ayuda financiera deben ser aprobados por el Comité Ejecutivo de Política del FA.

El paciente puede apelar la decisión de la asistencia financiera negado por escrito:

Director de Ciclo de Ingresos
1100 Reid Parkway
Richmond, IN 47374.

Solicitud y Período de Notificación
Una indicación de incapacidad de pagar por los servicios será tratada como una solicitud de asistencia. Esta petición puede ser hecha por o en nombre del individuo que busca los servicios. Una solicitud de asistencia podrá hacerse en cualquier momento, pero debe hacerse a más tardar 30 días después de que el servicio/dada de alta o factura final.
Las solicitudes de asistencia no tienen que ser por escrito. Sin embargo, una vez que se ha hecho una petición, una solicitud de ayuda debe ser completada y firmada por la persona que hace la solicitud o de su fiador o tutor y se puede ser completeda con la ayuda de un Defensor del Paciente.

Cargos
Reid Health no cobrará pacientes aprobados para ayuda financiera bajo esta Política de FA de emergencia u otra atención médicamente necesaria más de las cantidades generalmente cobran a las personas que tienen seguro (es decir, Reid Health no cobrará pacientes aprobados para asistencia financiera en virtud de la presente Política de emergencia u otra atención médicamente necesaria más de los Cargos brutos por tal cuidado multiplicado por el porcentaje AGB.) Los pacientes pueden solicitar el Porcentaje AGB vigente en un momento determinado en contacto con el Departamento de Salud Asesoría Financiera Reid u Oficina de Facturación a las direcciones y números de teléfono proporcionados arriba.

Acciones que Reid Health puede tomar en caso de falta de pago
Las acciones que Reid Health puede tomar en caso de impago se describen en la Politica de Facturación y Colecciones, disponibles en línea en www.ReidHealth.org/FinancialAssistance.

Criterios de Asistencia Financiera
La política establecida permite que los pacientes aplique para elegibilidad de beneficios por dos medios: financiero o catastrófico. El Programa de Asistencia Financiera también permite la asistencia parcial o total en base a criterios de elegibilidad establecidos en esta política.

Asistencia financiera
Un paciente que cualifique para asistencia financiera es una persona que no tiene seguro o con seguro insuficiente, recibe el cuidado y no puede pagar su factura.

Para ser elegible para asistencia bajo las directrices de asistencia *financiera*, el ingreso de una persona deberá ser igual o inferior a un porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL), determinado por pautas federales de pobreza. El tamaño del hogar y el ingreso determina el % de FPL. Reid Health, o su designado, pueden considerar otros activos y pasivos de la persona para determinar la elegibilidad financiera.

Reid Health utilizará las directrices más actuales de pobreze de ingresos emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para determinar la elegibilidad de una persona para la asistencia financiera. Las pautas de pobraza de

ingresos se publican anualmente en el Registro Federal y para los propósitos de esta política entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes de su publicación.

Para calificar bajo la porción de Asistencia Financiera de esta política, una aplicación de asistencia financiera debe ser completada y presentada y comprobante de ingresos, comprobante de ningún ingreso y la prueba de la falta de activos financieros debe acompañar a la solicitud.

Criterios de Asistencia catastróficos o económicos
Un paceinte que califica para la asistencia catastrófica es una persona cuyas facturas del hospital sobrepasan un determinado porcentaje de los ingresos brutos anuales de la persona como se establece en esta política y que es incapaz de pagar la cuenta restante.

Para ser elegible para recibir asistencia catastrófica la cantidad adeudada por el paciente debe exceeder el cincuenta (50) por ciento del ingreso bruto anual del paciente y el paciente debe ser incapaz de pagar la cuenta restante. Reid Health puede considerar otros activos y pasivos de la persona al determinar la capacidad de pago financieros.

Si se llega a una determinación de que el paciente tiene la capacidad de pagar el resto del proyecto de ley, tal determinación no impide una nueva evaluación de la capacidad del paciente para pagar en una fecha posterior si sus circunstancias financieras cambian.

Después que la elegibilidad se determina en virtud de esta disposición, se prestará asistencia para descontar la factura a cincuenta (50) por ciento del ingreso bruto anual del paciente.

Los factores a considerar para la Asistencia Financiera

Tamaño del Hogar e Ingresos
Los siguientes factores pueden ser considerados en la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia y deben ser proporcionados por todos los residentes de generación de ingresos en la unidad familiar contable a menos que no sean dependientes en base a las pautas del IRS para determinar si un miembro de la familia puede ser considerado un dependiente.

- Ingreso Bruto Ajustado si trabaja por cuenta propia (incluye programación C de la declaración de impuestos, la línea 37 de 1040), o si los impuestos no se presentan en un informe de ingresos y gastos completado.
- Informe de salario de Indiana de fuerza de trabajo de los últimos 2 trimestres (ingresos de desempleo)
- Por lo menos un recibo de sueldo o una carta o copia impresa del empleador que proporciona la verificación de los ingresos brutos si esta empleado actualmente. Esta documentación no debe pasar mas de 30 días a partir de la fecha de emisión e incluir la información del año hasta la fecha.

- Carta de Beneficio del Seguro Social u otra prueba de premio mensual bruto.
- Los ingresos de jubilación.
- Ingreso de inversión.
- Declaración de persona (s) que están proporcionando apoyo directo
- El número de dependientes.
- Otras obligaciones financieras.
- La cantidad y la frecuencia de los hospitales / facturas médicas.
- Otros recursos financieros que producen ingresos.

Capacidad financiera
Los individuos con la capacidad financiera para adquirir una cobertura de seguro de salud a través del Seguro del Mercado de la salud pueden ser obligados a comprar y se proporcionará acceso a reunirse con un Navegador Certificado de Indiana como un medio de asegurar el acceso a servicios de salud, por su salud personal en general y para la protección de sus activos individuales.

Las personas que sean encontradas no elegibles para Medicaid u otra cobertura de salud asequible deben mostrar una copia de la negación.

Cupones para Alimentos o Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) no se contarán como ingresos.

Servicios de belleza no son elegibles para ningún tipo de ayuda y no pueden ser incluidos en la cantidad de hospitales / facturas médicas adeudadas.

Razones para no ser elegibles para recibir asistencia Política FA
El ingreso familiar supera el máximo del FPL. Sin embargo, el paciente puede ser elegible para un ajuste de las tasas de descuento o descuento catastrófico.
Si un paciente es elegible para Medicaid, el Seguro de Salud del mercado, (Healthcare.gov) u otros programas estatales o federales y el paciente no coopera en la aplicación, re-aplicación o proceso de apelación, o el paciente no paga la requerida prima mensual, con lo que el paciente no elegible para el programa estatal.

Si el paciente es elegible y se inscribió en un plan de salud del mercado y no paga la prima mensual requerido, haciendo así que el plan de salud interrumpa la cobertura.

El paciente está bajo la custodia de una unidad de Gobierno, que es responsable de la cobertura de las necesidades médicas del paciente.

Los servicios que no son médicamente necesarios o excluidos del programa.

Servicios excluidos incluyen, pero no se limitan a:
- Cirugía cosmética
- Tratamientos de infertilidad, servicios de fertilidad, control de la natalidad, la esterilización, la inversión de la esterilización;
- Servicios negados por su seguro debido al incumplimiento de los requisitos de cobertura de seguro;

- Servicios considerados no médicamente necesarios;
- Servicios reembolsados directamente a usted por su compañía de seguros;
- Servicios reembolsados por un tercero
- Servicios necesarios para el empleo, escuelas, o atletismo

Elegibilidad Presunta
Un paciente en cualquiera de las siguientes circunstancias se considerará automáticamente elegible para recibir asistencia financiera o económica (presuntamente elegible). Ninguna solicitud de asistencia es necesaria si el paciente se considera presuntamente elegible para recibir asistencia. Puede requerirse documentación para validar estas circunstancias.

- El paciente y/o el fiador responsable residen en el Ejército de Salvación, Refugio de la Mujer o cualquier refugio similar; actualmente está encarcelado pero los servicios fueron proporcionados antes de su encarcelamiento o sin hogar y que no son elegibles para otros programas de cobertura médica de Medicaid u otro programa de cubierta medica.

- El paciente/fiador esta bajo un ingreso fijo en o por debajo del FPL, pero es considerado por sobre los límites de recursos para cualquier programa de Medicaid.

- Los pacientes que actualmente están inscritos en cualquier programa estatal de Medicaid que han agotado sus beneficios para el mes se consideran calificados automáticamente bajo esta política de asistencia financiera. Cuentas para cualquier paciente que califica para Medicaid, pero cuya cobertura no incluye los servicios dentro de los últimos noventa (90) días serán presuntamente elegible para un ajuste de la caridad. Tiene que haber una negación de la cobertura de Medicaid antes de que el resto se ajuste a la caridad.

La falta proveer de información adecuada
El no proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede resultar en una determinación negativa, pero la cuenta debe ser examinada de nuevo a la recepción de la información requerida. La cuenta también puede ser presentada para su aprobación si Reid Health ha podido verificar la información de un tercero confiable, es decir, el Seguro Social, Medicaid, oficina de informes de crédito, etc. La determinación de la elegibilidad para asistencia financiera o catastrófica puede hacerse sin haber completado el formulario de evaluación si el paciente o información no está razonablemente disponible y la elegibilidad se justifica dadas las circunstancias.

Se le proporcionará notificación a los pacientes que no presenten la documentación o información requerida.

La determinación de la elegibilidad para asistencia financiera se puede hacer sin un formulario de elegibilidad completado si el paciente o información no están razonablemente disponibles y la elegibilidad se justifica dadas las circunstancias.

A ningún paciente se le puede negar la asistencia debido a falta de información o documentación que no se especificada en la política o la aplicación FA.

El fracaso del paciente para pagar el resto de la cuenta después de la asistencia financiera

La falta de un paciente/fiador de pagar el resto su cuenta después de deducir la parte de asistencia puede causar que la cuenta sea enviada una agencia de cobros. El resto de la cuenta estará sujeta a cualquier acción de cobro incluyendo recursos legales como la demanda, embargo de salario, embargo o de la presentación de informes adversos oficina de crédito si permanece sin pagar.

Procedimiento General para Determinaciones de Servicios Elegibles y Posible Cobertura de Terceros

Reid Health, o su designado, determinarán si el individuo puede ser elegible para otra cobertura bajo cualquier asegurador de terceros incluyendo Medicaid y cualquier otro condado, estado o programa federal incluyendo pero no limitado a un plan de salud asequible a través de la Bolsa Federal Mercado.

Reid Health, o su designado, determinarán si el tipo de servicios prestados son elegibles para la cobertura de la póliza de asistencia financiera.

Reid Health, o su designado, verificarán los ingresos utilizando cualquier método razonable para establecer la elegibilidad incluyendo formularios W-2 de retención, talonarios de pago, declaraciones de impuesto sobre la renta; impresiones de nómina; documentos aprobando o denegando la compensación por desempleo o beneficios de compensación de obreros; verificación oral o escrita de los salarios de empleador, la verificación verbal de las agencias de asistencia pública, o por la opción de verificación de ingresos Reid Health y estimación disponible de agencias de informes de crédito.

Si el proceso de verificación indica que el reclamo de los ingresos de la familia es falsa o incompleta, Reid Health, o su representante, determinará que el paciente no elegible y proporcionara al solicitante por escrito, la negación de fecha con el motivo de la denegación.

Puede que no sea posible verificar una reclamación de poco o ningún ingreso. Una investigación de crédito puede ser realizada en estos casos y la aprobación de la ayuda dada si la investigación apoya la afirmación de poco o ningún ingreso.

Aprobación condicional puede ser otorgada en base al suministro de toda la información razonablemente necesaria para corroborar su elegibilidad por parte del aplicante.

Reid Health, o su representante, auditara periódicamente las aplicaciones que incluyen información atestiguada y pueden solicitar que la documentación de verificacion de ingresos y activos sean proporcionadas para que el paciente sea elegible para recibir asistencia financiera.

Determinaciones de Asistencia Financiera
Todas las solicitudes completadas recibirán una determinación para la concesión de asistencia financiera. Se le facilitara al paciente una copia por escrito de la determinación final.

Determinaciones Favorables
Una determinación favorable incluirá la siguiente información:
• Las fechas de servicio, cuentas y servicios de su caso
• La fecha de la solicitud
• La fecha de la determinación
• Los ingresos y tamaño de la familia que se utilizó en la determinación.

Las determinaciones desfavorables
Una determinación desfavorable incluirá una explicación o razón.

Los servicios están categóricamente excluidos de consideración. (Es decir, no sea de emergencia o cosmética)

El individuo está totalmente cubierto, o recibe servicios totalmente cubierto por una compañía de seguros de terceros o programa de gobierno.

Cuentas han sido colocadas morosidad.

No se cumplieron las normas de elegibilidad bajo FPL.

El individuo no tomó medidas razonables para obtener la cobertura de terceros si se ha establecido como condición de elegibilidad bajo esta política.

Anexo 1

Programa de Descuentos

Porcentaje de Nivel Federal de Pobreza	**Porcentaje de Reducción**
0% a 100%	**100%**
101% a 200%	**75%**
201% a 250%	**50%**
251% a 300%	**25%**

** Reducción del 100% puede ser aplicable hasta el 150% del FPL si Reid Health, o su designado, determinan que ninguna otra cobertura está disponible y que el solicitante ha realizado todos los esfuerzos razonables para obtener la cobertura.*