



Estimado/a paciente:

St. Elizabeth Healthcare entiende que la atención médica en un hospital puede crear dificultades financieras inesperadas para los pacientes y sus familias. Ofrecemos diversos programas de ayuda financiera diseñados para aliviar esa carga.

Junto con esta carta encontrará una solicitud de ayuda financiera. Para poder procesar la solicitud, es necesario que conteste todas las preguntas. Si alguna pregunta no corresponde, marque "NA" o "NC" (no aplica, no corresponde). Por favor complete y firme la solicitud. También tendrá que incluir información sobre los ingresos del hogar. Si falta información de una parte de los ingresos o no incluye comprobantes de los ingresos, no podremos procesar su solicitud.

Para verificar la elegibilidad para el programa, debemos comprobar todos los ingresos del hogar para los doce meses anteriores a la fecha de su servicio. Por favor adjunte copias de lo siguiente, que se usará como comprobantes de los ingresos:

- Talones de pago - Debe enviar los talones de pago de salario más recientes, que reflejen el ingreso bruto del año hasta la fecha para la fecha o fechas del servicio para el que está solicitando ayuda.
- Declaración de impuestos (año anterior) o para los años para los que está solicitando ayuda. (Solo tiene que enviar la página 1 de la declaración del impuesto federal sobre los ingresos que indique la declaración de la persona, los dependientes que declara y el ingreso bruto ajustado)
- Datos suministrados por el empleador (Ingreso para la fecha o fechas del servicio para el que está solicitando ayuda).
- SSI/SSD (Seguro de ingreso suplementario/Seguro social por discapacidad) - Debe enviar una carta de aprobación y un estado de cuenta del banco que muestre el depósito directo (para cada año para el que está solicitando ayuda). El estado de cuenta del banco debe tener el nombre del banco, nombre del paciente, depósito y saldo en la cuenta.

Si tiene dudas o necesita ayuda para completar la solicitud, por favor llame al 859-301-9090, de domingos a sábados de 9 am a 7 pm para hablar con un representante de MedAssist.

Atentamente,
Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services)



1 Medical Village Drive • Edgewood KY 41017

ADDRESSEE:

RETURN APPLICATION TO:

ST. ELIZABETH HEALTHCARE
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
1 MEDICAL VILLAGE DRIVE
EDGEWOOD KY 41017

Solicitud para el Programa de Hospitales con Población Desproporcionada (DSH por sus siglas en inglés) Y Formulario de Preselección de Medicaid/KCHIP

La siguiente información es utilizada para determinar si un individuo que solicita o que ya ha recibido servicios del hospital es elegible para servicios de DSH o si debería ser remitido al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) para solicitar el programa de Medicaid o KCHIP. Todos los niños de 19 años de edad o menores serán referidos a la oficina de DCBS del condado en que viven para una determinación de elegibilidad para KCHIP.

Sección 1: Información del individuo

1. Fecha de hoy: _____ 9. Teléfono del trabajo: _____
 2. Nombre del paciente: _____ 10. Fecha del servicio hospitalario: _____
 3. Dirección: _____ 11. Casado(a)/Soltero(a): _____
 4. Ciudad: _____ 12. Nombre del cónyuge: _____
 Estado: _____ Código postal: _____ 13. ¿La paciente está embarazada? Sí No
 5. *Número de Seguro Social: _____ **Si responde SÍ, remitir a la paciente al DCBS para una determinación de elegibilidad para Medicaid.**
 6. Fecha de nacimiento: _____ 7. Sexo del paciente: _____ 14. ¿Es el/la paciente un residente de Kentucky? Sí No
 (Se define como "residente" a un individuo que vive en Kentucky y que no recibe asistencia pública en otro estado.)
 8. Teléfono de casa: _____

** Favor de notar que **no** se requiere un Número de Seguro Social, y usted no tiene que proporcionarlo. Esta información se utiliza solamente para determinar si el paciente está recibiendo beneficios de Medicaid. Esta información no será divulgada, y no será utilizada para ningún otro propósito.*

Si la respuesta a la pregunta 14 es sí, vaya a la pregunta 15. Si la respuesta a la pregunta 14 es no, infórmele al paciente que él/ella no cumple con los criterios de elegibilidad para DSH y llene completamente la sección V.

15. Escriba el nombre, relación y edad de cada individuo que vive en el hogar.

Nombre del miembro del hogar	Relación	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

16. ¿El individuo tiene niños dependientes viviendo en el hogar? Sí No
 (a) Si la respuesta a la pregunta 16 es **SÍ**, remitir al individuo al DCBS para Medicaid;
 (b) Si la respuesta a la pregunta 16 es **NO**, remitir al individuo al DCBS para Medicaid **ÚNICAMENTE SI** la persona **NO** ha recibido una denegación de Medicaid en los últimos 30 días; o,
 (c) Si el individuo, que no tiene niños menores de 18 años de edad, afirma ser discapacitado, entonces remitir a este individuo al DCBS para solicitar Medicaid y la Administración del Seguro Social para solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario.
*** Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicaid/KCHIP.**

17. Información de Ingresos:

- a. Empleador del Paciente/Parte Responsable: _____
 b. Empleador del Cónyuge: _____
 c. Teléfono del Trabajo: _____
 d. Total del Ingreso Bruto Mensual: _____
 e. Otro ingreso:
 i. Desempleo: _____
 ii. Manutención Infantil: _____
 iii. Seguro Social: _____
 iv. Compensaciones de los Trabajadores: _____
 v. Otro: _____

Total del ingreso bruto mensual de la unidad familiar: \$ _____

18. Información de Seguro:

- a. Seguro de Salud/Vida: _____
 b. Número de Teléfono: _____
 c. Número de Póliza: _____
 d. Número de Grupo: _____
 e. Portador de la Póliza: _____
 f. Relación con el Paciente: _____

19. Recursos Contables:

	Nombre del Banco	Balance/Valor
a. Cuentas de cheques:	_____	_____
b. Cuentas de ahorros:	_____	_____
c. Mercado de valores:	_____	_____
d. Fondo común de inversión:	_____	_____
e. Acciones:	_____	_____
f. Bonos:	_____	_____
g. Otros:	_____	_____
*Total de deudas por facturas de salud: \$	_____	_____
*Total de recursos: \$	_____	_____

* Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les restarán los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

20. Otra información: a. ¿La fecha de servicio estuvo relacionada con un accidente automovilístico? Sí No
 b. ¿Usted ha solicitado y se le han denegado los beneficios de Medicaid o KCHIP? Sí No

Sección 2: Criterios del Hospital con respecto al Cuidado para Indigentes

1. El individuo tiene que cumplir con todas y cada una de las siguientes condiciones:

- El individuo es un residente de Kentucky
- El individuo **no es elegible** para Medicaid o KCHIP
- El individuo **no** tiene cobertura de un pagador a terceros
- El individuo **no** está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de atención médica urgente
- El individuo cumple con los siguientes criterios de ingreso y recursos:

Número de personas En el Hogar	Limite de Recursos	100% del Nivel de Pobreza (Limite de Ingreso Mensual)	100% del Nivel de Pobreza (Limite de Ingreso Anual)*
1	\$2,000.00	\$1,005.00	\$12,060.00
2	\$4,000.00	\$1,353.00	\$16,240.00
3	\$4,050.00	\$1,702.00	\$20,420.00
4	\$4,100.00	\$2,050.00	\$24,600.00
5	\$4,150.00	\$2,398.00	\$28,780.00

Sumar \$4,180.00 por cada persona adicional. *Los límites de ingresos son eficaces 26 de enero de 2017.

- Todos los ingresos de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
 - El individuo;
 - El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
 - Uno de los padres o ambos padres de un menor de edad, que vive en el hogar;
 - Todos los menores de edad que viven en el hogar.
- Otros miembros del hogar ya sean parientes o no, y que no pertenecen a ninguna de las categorías mencionadas anteriormente deberán ser considerados como una unidad familiar independiente.
- Los recursos contables son limitados a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito y cuentas de mercado de valores.
- Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les pueden restar los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

Sección 3: Certificación de la Fidelidad de Información

Por este medio acepto suministrarle al hospital toda la información necesaria que les permita determinar la necesidad que tengo de recibir asistencia financiera para los servicios de atención de salud recibidos. Estoy de acuerdo en que se le proporcione al hospital o que este pueda obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi situación laboral y recursos, y que el hecho de no entregar la información requerida dentro de un plazo de treinta (30) días hábiles es motivo de denegación de mi solicitud de ayuda. También estoy de acuerdo en notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, situación laboral o ingreso.

Estoy de acuerdo en permitir que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, podría estar sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

Firma del Individuo o Parte Responsable

Fecha

Firma del Empleado del Hospital

Fecha

¿El individuo parece calificar para Medicaid? Sí No

Si responde Sí, entonces remitir al individuo a la oficina del DCBS del condado de residencia del individuo. El individuo debe llevar consigo una copia de este formulario a la oficina del DCBS.

DSH-001-spa (REV. 12/20/16)

Sección 4: Negativa a Solicitar Medicaid

El individuo o la parte responsable firmará abajo si se niega a solicitar el Medicaid.

Me niego a solicitar la cobertura de Medicaid o KCHIP. Entiendo que como resultado de esta negativa se me pueden enviar a mí las facturas de cualquier servicio efectuado.

Firma del Individuo o Parte Responsable

Fecha

Sección 5: Negación del Cuidado para Indigentes

El individuo no cumple con los criterios de cuidado para indigentes por las siguientes razones (por favor marque lo que sea pertinente):

1. El individuo no es un residente de Kentucky.
2. El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero se ha negado a hacerlo.
3. El individuo ya recibe o ha sido aprobado para Medicaid o KCHIP.
4. El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero al concluir el plazo de 30 días no mostró pruebas de haber presentado la solicitud.
5. El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días pero al concluir los 120 días no mostró pruebas de que la solicitud ha sido denegada o de que la solicitud esté pendiente.
6. El individuo no proporcionó en un plazo de 60 días la información necesaria para verificar ingreso, recursos o situación laboral.
7. El individuo está cubierto por el siguiente pagador a terceros: _____.
8. El individuo está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de atención médica urgente: _____.
9. El ingreso del hogar de \$ _____ es muy alto.
10. Los recursos del hogar de \$ _____ son muy altos, aún después de restarle las facturas médicas sin pagar.

*El individuo cree que él/ella es elegible para el cuidado para indigentes por las siguientes razones:

Sección 6: Solicitud de Audiencia

El individuo puede solicitar una audiencia justa en un plazo de 90 días a partir de esta determinación y lo puede hacer ya sea:

1. Firmando y fechando la solicitud de audiencia que aparece a continuación y enviando una copia de esta solicitud al hospital, o
2. Enviando una carta al hospital donde solicita una audiencia.

La solicitud de audiencia tiene que ser enviada con fecha de matasellos o entregada personalmente en un plazo de 90 días a partir de la fecha que se muestra abajo:

Nombre o Departamento: _____

Hospital: _____

Dirección: _____

Yo solicito una audiencia debido a esta denegación. Yo creo que soy elegible para el cuidado para indigentes.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

El hospital debe llevar a cabo una audiencia justa en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibe la solicitud de audiencia del individuo.

Sección 7: Archivos Hospitalarios

Esta determinación fue llevada a cabo por:

Firma del Empleado del Hospital Fecha

Testigo Fecha

Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre las estipulaciones de solicitudes.

CONSERVAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE.

ESTA DETERMINACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERIODO DE SEIS MESES A MENOS QUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL INDIVIDUO CAMBIE.

DSH-001-spa (REV. 12/20/16)

Elegibilidad para Medicaid y KCHIP

Si el paciente o el hogar parecen ser elegibles para Medicaid o KCHIP:

marcar las posibles categorías de elegibilidad enumeradas a continuación de esta pregunta
completar el resto de esta solicitud y entregar una copia al paciente
explicarle al paciente que necesita hacer una solicitud para Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días y que tiene 120 días para informarnos si la solicitud:

- ha sido aprobada o
- ha sido denegada o
- está pendiente aún

Referir al DCBS para solicitar KCHIP o Medicaid si el paciente (marque uno):

es un niño menor de 19 años
es un adulto con niños que viven en el hogar
está embarazada
tiene 65 años de edad o mayor
es un discapacitado permanentemente o es ciego o dice serlo.

No referir al paciente al DCBS para solicitar Medicaid o KCHIP si el individuo:

recibió una denegación de Medicaid o KCHIP en los últimos 30 días
es un adulto menor de 65 años sin niños en el hogar (a menos que el adulto cumpla con los criterios de incapacidad permanente y absoluta de Medicaid)

Si un individuo afirma tener incapacidad permanente absoluta, referir al individuo tanto al DCBS para solicitar Medicaid como a la Administración del Seguro Social para solicitar SSI.

Si el paciente demuestra que ha solicitado Medicaid o SSI pero la solicitud aún está pendiente después de finalizar los 120 días, apruebe esta solicitud.

Estipulaciones de la Solicitud

Entregar personalmente o por correo una copia de esta solicitud a cualquier individuo que se le haya denegado la cobertura, mediante una carta indicando el motivo por el cual fue denegada e informándole que tiene 90 días para apelar.

Si el individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP, intentar comunicarse con dicho individuo después de 30 días para ver si el individuo hizo la solicitud.

Si un individuo hizo la solicitud de Medicaid (incluyendo SSI) o KCHIP, intentar comunicarse a los 60, 90 y 120 días para ver si la solicitud fue aprobada o denegada.

Si está faltando la información necesaria para verificar los ingresos, recursos o empleo, intentar comunicarse a los 15, 30 y 45 días para recordarle al paciente. Ayudar a las personas con discapacidades según sea necesario.

Si se ha hecho una solicitud para Medicaid o SSI, pero ésta aún está pendiente después de 120 días, usted puede aprobar esta solicitud.