

ASUNTO: POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA	805.PFS.C0001 <hr/> PÁGINA: 1 DE 2 +2 FORMULARIOS VIGENTE DESDE: 28/04/2000
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES / ADMINISTRACIÓN	REVISADO: 16/02/2010, 04/04/2011, 06/10/2015, 29/06/2016, 26/09/2016, 20/09/2017, 05/11/2018, 27/05/2021, 08/03/2022, 30/06/2023
APROBADO POR: DIANNE DAVIDSON, CEO	

POLÍTICA:

Como parte de la misión del hospital de atender las necesidades de salud de la comunidad, Union General Hospital (UGH) ofrecerá atención caritativa a pacientes sin medios financieros para pagar los servicios hospitalarios. Es política de UGH distinguir entre atención caritativa y gasto por deuda incobrable.

La atención caritativa se proporcionará a todos los pacientes que se presenten para recibir atención en UGH, sin importar su raza, credo, color u origen nacional, y que califiquen de acuerdo con el sistema de elegibilidad del hospital.

La atención caritativa se define como la atención médica brindada a pacientes que demuestren incapacidad para pagar por dichos servicios. El gasto por deuda incobrable se define como cancelaciones debido a la falta de voluntad de un paciente para pagar por la atención médica recibida.

PROCEDIMIENTO:

• Pacientes de mamografía

- o La atención caritativa no está disponible para pacientes que buscan servicios y/o procedimientos electivos, a menos que se trate de una “Mamografía de detección”.
- o Completar el formulario de Solicitud de Asistencia de Atención Caritativa adjunto – Anexo A (único requisito). Nota: No se requiere formulario W-2 ni del IRS para mamografía de detección.

• Pacientes hospitalizados y de sala de emergencias

Los pacientes hospitalizados y los pacientes de la sala de emergencias en UGH sin cobertura de terceros, con seguro de Medicaid que tenga cargos no cubiertos, o con cobertura de terceros con un deducible anual de \$5,000 o más, serán elegibles para ser evaluados y examinados para cobertura de atención caritativa con un descuento del 100% en sus servicios hospitalarios. Nuestra base para la asistencia de atención caritativa es el 100% de los cargos brutos.

Para calificar para la atención caritativa, un paciente no debe calificar para ningún programa de pago federal, estatal o local, excepto en el caso de cuentas con cargos no cubiertos por Medicaid mencionadas anteriormente, por los cargos incurridos en UGH, y debe ser residente de Union Parish. El programa de atención caritativa solo se usará como último recurso.

El paciente debe completar una Solicitud de Asistencia de Atención Caritativa (Anexo A adjunto) y un formulario de Reconocimiento de Caridad (Anexo B, cuando corresponda) para que UGH determine la elegibilidad para su programa de atención caritativa.

Nuestro Consejero Financiero estará disponible para responder preguntas o brindar asistencia para

ASUNTO: POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA	805.PFS.C0001 PÁGINA: 1 DE 2 +2 FORMULARIOS VIGENTE DESDE: 28/04/2000
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES / ADMINISTRACIÓN	REVISADO: 16/02/2010, 04/04/2011, 06/10/2015, 29/06/2016, 26/09/2016, 20/09/2017, 05/11/2018, 27/05/2021, 08/03/2022, 30/06/2023
APROBADO POR: DIANNE DAVIDSON, CEO	

completar el formulario de solicitud de asistencia de atención caritativa. Para ser elegible para atención caritativa, los ingresos del paciente/familia deben ser el 250% o menos de las guías federales de pobreza vigentes, basados en el tamaño de la familia. Si un paciente con cobertura de Medicaid tiene cargos no cubiertos, no se requerirá evaluación adicional para calificar para atención caritativa. Los pacientes con cobertura de terceros que tengan deducibles de \$5,000 o más deben tener un saldo de cuenta de al menos \$1,000 causado por el deducible no cubierto para calificar. El hospital puede considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar la elegibilidad.

El proceso de evaluación para determinar la elegibilidad de un paciente para el programa de atención caritativa del hospital comenzará lo antes posible después de la admisión a UGH. Una vez que se determine que una cuenta de paciente califica para el programa de atención caritativa de UGH, no se harán esfuerzos adicionales de cobro sobre esa cuenta.

El plan de atención caritativa de Union General Hospital solo se aplica a los cargos facturados a través de Union General. No se aplica a ningún servicio profesional proporcionado por médicos u otros servicios contratados que se facturan por separado.

El Gerente de la Oficina de Negocios o su designado puede aprobar cancelaciones de atención caritativa de hasta \$1,000 por paciente. Cualquier cancelación de atención caritativa que exceda los \$1,000 por paciente o que exceda una (1) admisión hospitalaria (pacientes hospitalizados, sala de emergencias, mamografías de detección) por hogar por año fiscal del hospital requiere la aprobación del Director Financiero. UGH se reserva el derecho de cerrar el programa de atención caritativa en cualquier momento si se excede el presupuesto establecido para dicho programa.

ASUNTO: POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA	805.PFS.C0001
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES / ADMINISTRACIÓN	PÁGINA: 1 DE 2 +2 FORMULARIOS VIGENTE DESDE: 28/04/2000
APROBADO POR: DIANNE DAVIDSON, CEO	REVISADO: 16/02/2010, 04/04/2011, 06/10/2015, 29/06/2016, 26/09/2016, 20/09/2017, 05/11/2018, 27/05/2021, 08/03/2022, 30/06/2023

UNION GENERAL HOSPITAL
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CARIDAD
ANEXO A

Complete la siguiente solicitud para determinar su elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad de Union General Hospital. El Hospital ayudará a los pacientes a completar una solicitud para beneficios de Medicaid cuando sea aplicable. Si usted no califica para Medicaid, adjunte una copia de su carta de "Aviso de Decisión sobre su Solicitud de Asistencia Médica al Programa de Medicaid. Los pacientes con un seguro comercial pueden aplicar para asistencia de caridad solamente si tienen un deducible pendiente de \$5,000 o más.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a la Oficina de Negocios de Union General Hospital.

Las solicitudes deben ser enviadas al Gerente de la Oficina de Negocios de Union General Hospital.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Aplicante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Parroquia de Residencia: _____ (Tiene que ser residente de Union Parish)

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Estado Civil: _____

Número de miembros en el hogar: _____

ASUNTO: POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA	805.PFS.C0001
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES / ADMINISTRACIÓN	PÁGINA: 1 DE 2 +2 FORMULARIOS VIGENTE DESDE: 28/04/2000
APROBADO POR: DIANNE DAVIDSON, CEO	REVISADO: 16/02/2010, 04/04/2011, 06/10/2015, 29/06/2016, 26/09/2016, 20/09/2017, 05/11/2018, 27/05/2021, 08/03/2022, 30/06/2023

Información de Empleo

Empleador del solicitante (o empleador más reciente) Empleador del cónyuge (o más reciente)

Nombre del Empleador: _____ Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

¿Se ha completado una solicitud de Medicaid? _____ (Si el paciente/garante no califica para Medicaid, adjunte una copia de la Carta de Denegación de Medicaid a esta solicitud).

Si el paciente tiene cobertura de Medicaid, ¿los cargos de Medicaid NO CUBIERTOS constituyen el saldo pendiente de la cuenta (s)? _____ (Si la respuesta es SI, no se requiere información de devolución de impuestos).

Proporcione dos (2) W-2 más recientes y el Formulario 1040 de la Declaración del Impuesto sobre la Renta.

¿Información proporcionada? _____

Proporcione prueba de residencia (Al menos una factura reciente de servicios públicos)

¿Información proporcionada? _____

Entiendo que la información que proporciono está sujeta a su verificación por parte de Union General Hospital. Certifico que la información proporcionada como parte de esta Solicitud de Asistencia para Cuidado de Caridad es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Apicante: _____

Fecha: _____

*Asegúrese de incluir toda la información solicitada antes de enviar su solicitud. La aplicación no se procesará si no se incluye toda la información solicitada.

Para uso de Union General Hospital solamente

¿El solicitante califica para recibir Asistencia para el Cuidado de Caridad? _____

Si la respuesta es SI, \$ saldo de la cuenta del paciente: \$ _____ Cuenta del Paciente: _____

Firma Autorizada de UGH: _____ Fecha: _____

ASUNTO: POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA	805.PFS.C0001 PÁGINA: 1 DE 2 +2 FORMULARIOS VIGENTE DESDE: 28/04/2000
DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES / ADMINISTRACIÓN	REVISADO: 16/02/2010, 04/04/2011, 06/10/2015, 29/06/2016, 26/09/2016, 20/09/2017, 05/11/2018, 27/05/2021, 08/03/2022, 30/06/2023
APROBADO POR: DIANNE DAVIDSON, CEO	



Proporcionando un Servicio de Calidad con Atención Compasiva

ANEXO B
Formulario de Reconocimiento de Caridad

Fecha: _____

Para: Nombre del Paciente y Dirección

Verifico que la siguiente información es correcta:

_____ (iniciales) Verifico que no soy elegible para Medicaid en el Estado de Louisiana.

_____ (iniciales) No tengo prueba de ciudadanía en los Estados Unidos.

_____ (iniciales) Vivo en Union Parish en este momento.

_____ (iniciales) No he presentado declaraciones de impuestos en los últimos 2 años.

_____ (iniciales) Estoy solicitando una cancelación de caridad para la cuenta # _____ por la cantidad de \$ _____ debido a que no tengo los medios económicos para pagar por el balance de mi cuenta y no puedo comprobar mi fuente de ingresos en estos momentos.

_____ (iniciales) He adjuntado una copia del recibo de ingreso más reciente

O

_____ (iniciales) Verifico que no he trabajado en los últimos 90 días

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente