

# **Boca Raton Regional Hospital**

*Programa de Asistencia Financiera*

**Documentación de solicitud**

# **Boca Raton Regional Hospital**

## *Guía para presentar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera*

Esta guía les brindará orientación a los actuales, futuros o antiguos pacientes de Boca Raton Regional Hospital con respecto a los pasos, formularios y documentos que se requieren para solicitar acceder al *Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program)* de Boca Raton Regional Hospital (BRRH). El programa proporciona una cancelación completa o parcial del saldo de cuenta de los **pacientes sin seguro médico** siempre que el paciente reúna los requisitos necesarios para acceder al programa. Se podrá acceder al programa durante un año desde la fecha de prestación del servicio, y el plazo se extenderá por seis meses a partir de la fecha en que se apruebe la solicitud.

\*\* Tenga en cuenta que este programa solamente abarca los cargos y facturas relacionados con todos los procedimientos de emergencia, y los procedimientos considerados médicamente necesarios que se realicen en Boca Raton Regional Hospital. **No incluye** ningún cargo ni factura de los médicos (anestesiólogos, patólogos, radiólogos, médicos de sala de emergencias, etc.) que prestan servicios en BRRH, y la política no se aplica a procedimientos de Cirugía Plástica (procedimientos estéticos).

Los requisitos para acceder al *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH se basan en las necesidades económicas al momento de la solicitud y se determinan mediante la evaluación de la capacidad del paciente de pagar, en función de sus ingresos familiares y de sus bienes. **Se espera que las familias con suficientes ingresos o bienes cumplan con sus obligaciones financieras en lo que respecta a los servicios prestados por BRRH.**

El *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH solamente está disponible para los residentes del condado de Palm Beach, Florida. Los solicitantes que residan fuera del condado de Palm Beach, Florida, y que anteriormente hubieran recibido la aprobación para acceder al *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH podrán acceder a servicios de atención adicionales de conformidad con el programa para el problema de salud aprobado anteriormente.

.....

Deberán llevarse a cabo los siguientes pasos a fin de que podamos determinar adecuadamente si usted cumple con los requisitos necesarios para acceder al programa.

**Paso 1:** El paciente debe:

- Ser evaluado por Med Assist (proveedor contratado para evaluar a los pacientes en cuanto a la asistencia local y estatal) a fin de determinar si cumple con los requisitos necesarios para acceder a Medicaid. Los pacientes deberán proporcionar información sobre sus ingresos, ciudadanía, residencia, bienes y personas que tienen a cargo. Puede comunicarse con Med Assist llamando al (561) 955-3662.
- **O** solicitar, o haber solicitado, Medicaid y haber recibido la verificación de la aprobación o el rechazo por escrito. Los pacientes pueden solicitar la asistencia de Medicaid durante un plazo máximo de 3 meses a partir de la

fecha de prestación del servicio. [Para completar una solicitud o recibir información, llame a Medicaid de Florida al (561) 616-5255 o visite el sitio <http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid>]. Si obtiene la aprobación, el paciente no podrá acceder a los beneficios del *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH. Si la solicitud para Medicaid es rechazada, se debe proceder al **Paso 2**.

**Paso 2:** El paciente debe:

- Ser evaluado por Med Assist (proveedor contratado para evaluar a los pacientes en cuanto a la asistencia local y estatal) a fin de determinar si cumple con los requisitos que exige el Distrito de Atención Médica del condado de Palm Beach (Health Care District of Palm Beach County, HCDPBC). Los pacientes deberán proporcionar información sobre sus ingresos, ciudadanía, residencia, bienes y personas que tienen a cargo. Puede comunicarse con Med Assist llamando al (561) 955-3662.
- **O** solicitar, o haber solicitado, el programa de asistencia del Distrito de Atención Médica del condado de Palm Beach (HCDPBC) o un programa de asistencia similar de otro condado o estado, y haber recibido la verificación de la aprobación o el rechazo por escrito. Los pacientes pueden solicitar la asistencia de Medicaid durante un plazo máximo de 120 días a partir de la fecha de prestación del servicio. [Para completar una solicitud o recibir información, comuníquese con HCDPBC llamando al (866) 930-0035 o visite el sitio <http://www.hcdpbc.org/>]. Si obtiene la aprobación, el paciente no podrá acceder a los beneficios del *Programa de Asistencia Financiera* de BRRH. Si la solicitud es rechazada, se debe proceder al **Paso 3**.

**Paso 3:** Complete la solicitud (Formulario A) y fírmela. Si no completa la solicitud en su totalidad o si presenta información fraudulenta, su solicitud le será devuelta y no podrá recibir la aprobación para acceder al Programa de Asistencia Financiera de BRRH.

- **Evaluación de la obligación de pagar: Si, después de analizar los ingresos, gastos y bienes del individuo (según lo declarado en el Formulario A), se considera que existen recursos disponibles suficientes como para cubrir los cargos del hospital, la solicitud será rechazada. Esto se aplicará aunque el solicitante cumpla con los criterios establecidos por las Pautas del Nivel de Pobreza (Poverty Level Guidelines).**

**Paso 4:** Obtenga y haga una copia de la documentación que se indica a continuación. Proporcione tanta información como sea posible a fin de que BRRH pueda evaluar mejor su cumplimiento de los requisitos para acceder al programa. Para todos los documentos faltantes, deberá proporcionarse una explicación **con certificación notarial**, y el hecho de no proporcionar toda la información requerida podría ocasionar una demora en el procesamiento de su solicitud o el rechazo de esta.

1) Verificación por escrito de la aprobación o del rechazo de Medicaid, del programa

de asistencia del Distrito de Atención Médica del condado de Palm Beach o de un programa de asistencia similar de otro condado o estado [las preguntas relacionadas con estos programas deben realizarse llamando al (561) 955- 3662]. En lugar de la documentación formal de un rechazo, se considerarán suficientes los documentos de la entrevista de evaluación y del incumplimiento de los requisitos de Med Assist.

- 2) Declaraciones de impuestos sobre los ingresos (copia del Formulario 1040) de los últimos 2 años o una declaración por escrito que justifique los motivos por los cuales no se presentaron las declaraciones de impuestos. Si usted no presentó declaraciones de impuestos, necesitaremos sus dos formularios W-2 más recientes, junto con un Formulario B (incluido en este paquete) firmado.
- 3) Los dos recibos de sueldo más recientes emitidos por su empleador.
- 4) Documentación relativa al desempleo o a los beneficios de compensación del trabajador (si corresponde).
- 5) Copia de documento de identificación válido con fotografía (para solicitantes mayores de 17 años de edad).
- 6) Documentación de pagos de hipoteca o pagos de alquiler.
- 7) Facturas de servicios públicos y de suministro de agua.
- 8) Factura de teléfono/factura de televisión por cable.
- 9) Otras facturas médicas.
- 10) Estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
- 11) Registro de vehículo e información sobre préstamos (si corresponde).
- 12) Cualquier otro gasto de subsistencia que nos ayude a determinar sus gastos mensuales.

**Paso 5:** Formulario C (*Programa de Asistencia Financiera* de BRRH - Testimonio de Ingresos) completo en su totalidad

**Paso 6:** Una vez que haya completado los formularios A, B y C, y reunido toda la información requerida, haga copias y envíelas a la siguiente dirección:

Boca Raton Regional Hospital  
Attn: Patient Financial Services - Financial Assistance Program  
626 Meadows Road  
Boca Raton, FL 33486

Luego de recibir la solicitud del paciente y toda la información financiera u otra documentación requerida para determinar el cumplimiento de los requisitos necesarios para acceder al programa, un representante del hospital notificará al paciente sobre la determinación tomada al respecto. El hospital también asesorará al paciente sobre sus obligaciones según las pautas del programa.

Si tiene preguntas, llame a Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services) al (888) 629-7686.

Gracias por elegir Boca Raton Regional Hospital.

### **Requisitos necesarios para acceder al programa:**

- Todos los solicitantes con ingresos familiares iguales o menores al doscientos por ciento (200 %) de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG), ajustados según el tamaño de la familia, podrán acceder a un descuento equivalente al monto total de los cargos hospitalarios relacionados con los servicios médicos hospitalarios adecuados que no estén cubiertos por patrocinio público o privado de terceros.
  - Para todos los solicitantes, se considerarán los bienes familiares como fuente de pago, excepto los bienes exentos que se indican a continuación.
    - Bienes exentos (basados en los bienes exentos de Medicare)
      - Residencia familiar principal (residencia en calidad de bien de familia)  
*\*\*Las viviendas cuyo valor exceda el precio promedio de vivienda para sus respectivas zonas estadísticas metropolitanas (Metropolitan Statistical Area, MSA) pueden utilizarse a fin de determinar la capacidad de pago del solicitante.*
      - Vehículo(s) motorizado(s) necesario(s) (requeridos por razones laborales, discapacidad, etc.).
      - Efectos personales y bienes familiares.
      - Recursos necesarios para la autosuficiencia.
    - A fin de reunir los requisitos para acceder al programa, los bienes individuales no pueden exceder los \$12,500 y los bienes familiares no pueden exceder los \$20,000.
- Asistencia para situaciones graves: se define como la asistencia proporcionada a un paciente cuyo saldo de cuenta excede sus ingresos anuales en un 25 % o más, y que percibe más del 200 % de las FPG pero menos del 300 %. La obligación máxima de los pacientes será del 50 % de sus ingresos anuales según el año fiscal anterior. Los bienes de los solicitantes se evaluarán como fuente de pago según se describió anteriormente.

# FORMULARIO A SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA de BRRH

Nombre del solicitante:		N.º de Seguro Social del solicitante _____
		N.º de Seguro Social del cónyuge/otro _____
Nombre del cónyuge/otro:	Teléfono particular:	Estado civil: _____
		Fecha de nacimiento: Solicitante _____
		Cónyuge/otro _____
Dirección:		Teléfono laboral: Solicitante _____
		Cónyuge/otro _____

¿Tiene hijos? Sí o No En caso afirmativo, indique las edades \_\_\_\_\_

*Opcional: Si bien las respuestas no son obligatorias, podrían ayudarlo a reunir los requisitos necesarios para acceder a un programa de asistencia estatal o federal, como Medicaid o un programa para personas con discapacidades.*

¿Está embarazada? Sí o No ¿Tiene alguna discapacidad? Sí o No

## PARTE 1: GASTOS Y PAGOS PLANIFICADOS

A - GASTOS DE DINERO EN EFECTIVO	POR MES	PRÓXIMOS 12 MESES	SALDO PENDIENTE TOTAL
ALIMENTOS			
ROPA			
GASTOS MÉDICOS			
GASTOS PERSONALES			
GASTOS FAMILIARES:			
Pagos de la vivienda (hipoteca)/alquiler			
Combustible			
Electricidad			
Teléfono			
TV por cable			
Servicios de suministro de agua o sanitarios			
Otro			
REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA VIVIENDA:			
EDUCACIÓN: (clases, libros, matrículas, etc.)			
REGALOS: (días festivos, cumpleaños, caridad, iglesia, etc.)			
RECREACIÓN			
VEHÍCULOS:			
Pago 1:      Año      Marca      Modelo      Préstamo n.º			
Pago 2:      Año      Marca      Modelo      Préstamo n.º			
Combustible y aceite			

Seguro			
Mantenimiento y reparaciones			
TRANSPORTE: (autobús, taxi, tren, etc.)			
SEGURO:			
Médico			
Odontológico			
De vida			
Otro			
IMPUESTOS A PAGAR: (impuestos que usted paga por mes/año)			
Sobre los ingresos			
Seguro Social			
Otro			
CUIDADO DE LOS NIÑOS			
MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS/PENSIÓN ALIMENTICIA			
COMPRAS PLANIFICADAS DE DINERO EN EFECTIVO			
OTRO:			
<b>A. TOTAL DE GASTOS DE DINERO EN EFECTIVO</b>			
<b>B - PAGO DE DEUDAS</b>			
OTROS VEHÍCULOS y EQUIPOS			
OTRO: (tarjetas de crédito, préstamos en cuotas, deudas personales, etc.)			
Lista:			
<b>B. TOTAL DE PAGO DE DEUDAS</b>			
<b>TOTAL DE LA PARTE 1: (A + B)</b>			

## PARTE 2: INGRESOS FAMILIARES

SOLICITANTE (salario, propinas, horas extra, etc.) EMPLEADOR _____			
CÓNYUGE/OTRO (salario, propinas, horas extra, etc.) EMPLEADOR _____			
INGRESOS COMERCIALES:			
OTRO (Seguro Social, jubilación, pensión alimenticia, manutención de hijos, pensión de veteranos (VA), ayuda social, inversión/otro ingreso, etc.) LISTA:			

**TOTAL DE LA PARTE 2:**

**PARTE 3: BIENES**

CUENTA CORRIENTE: Banco:	Dirección:	N.º de cuenta:	Saldo:
CUENTA DE AHORRO: Banco:	Dirección:	N.º de cuenta:	Saldo:
OTRAS CUENTAS: Banco:	Dirección:	N.º de cuenta:	Saldo:
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD), ACCIONES, BONOS:		N.º de cuenta:	Saldo:
RESIDENCIA PRINCIPAL:	Valor:		-----
OTROS BIENES: (otras propiedades inmobiliarias, maquinaria, etc.)			Valor:
<b>TOTAL DE LA PARTE 3:</b>			

**PARTE 4: RESUMEN**

A. TOTAL DE LOS INGRESOS (TOTAL DE LA PARTE 2)			
B. DINERO EN EFECTIVO (TOTAL DE LA PARTE 3)			
C. TOTAL DE GASTOS Y PAGO DE DEUDAS (TOTAL DE LA PARTE 1)			
<b>D. SALDO (A + B - C)</b>			

**Declaro que toda la información que he proporcionado es correcta.**

**Firma del paciente o tercero responsable:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## **FORMULARIO B**

### **DECLARACIÓN DE “NO PRESENTACIÓN” PARA IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LOS INGRESOS**

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), declaro que no he presentado formularios de impuestos federales sobre los ingresos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de los EE. UU. en los dos años anteriores debido a mi condición de trabajador con bajos ingresos. Comprendo que mi firma en este formulario le otorga a Boca Raton Regional Hospital el derecho de verificar dicha condición y de rechazar mi solicitud para acceder al Programa de Asistencia Financiera de BRRH si la información es fraudulenta.

Firma del paciente o tercero responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO C

### *Programa de Asistencia Financiera de BRRH - Testimonio de Ingresos*

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que mis ingresos familiares durante los últimos doce meses han sido de \$ \_\_\_\_\_, y que hay \_\_\_\_\_ personas en mi familia. Mis ingresos actuales pueden verificarse mediante comunicación directa con: \_\_\_\_\_ llamando al teléfono: \_\_\_\_\_.

Comprendo que, de conformidad con la sección 817.50 de los estatutos de Florida, proporcionar información falsa para cometer fraude ante un hospital con el fin de obtener bienes o servicios constituye un delito menor de segundo grado.

Firma del paciente o tercero responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

LA LEY DE FLORIDA ESTABLECE LO SIGUIENTE:

- 1) **“Constituye un delito menor de segundo grado (FS817.50) obtener de manera fraudulenta servicios de un hospital por haber proporcionado un nombre falso o ficticio, una dirección falsa o ficticia y cualquier otra información falsa o ficticia que el hospital deba obtener de conformidad con FS-382.31 y siguientes, o asignar al hospital las utilidades de un contrato de seguro con el conocimiento de que dicho contrato ha perdido validez, es nulo o no está vigente por algún motivo, y todos ellos constituirán elementos de prueba del intento de cometer fraude ante el hospital”.**
- 2) Esta es únicamente una solicitud para obtener asistencia financiera y no un contrato para prestar servicios de manera gratuita.
- 3) La aceptación de su solicitud queda a criterio del hospital y requiere el consentimiento del personal médico, de su médico, de la disponibilidad de camas en el hospital y de determinadas restricciones presupuestarias.
- 4) Esta solicitud puede ser aceptada en su totalidad o en parte, a criterio del hospital.
- 5) A criterio del hospital, todas las prestaciones de atención gratuitas podrían ser restablecidas en virtud de los siguientes términos:
  - a) Si existe alguna omisión o error en la solicitud de la asistencia financiera.
  - b) Si la admisión hospitalaria o factura del hospital llegara a estar relacionada con alguna demanda o acción judicial, la totalidad de la factura será pagada por el rédito de dicha demanda o acción judicial.
  - c) Si el paciente o la persona responsable del pago de la factura del hospital fallece y deja bienes sucesorios, aunque el único bien sea una demanda o acción judicial que se ejerza en beneficio de la sucesión.