

**Sacred Heart Health System, Inc.**  
*que opera bajo los nombres comerciales de Ascension Sacred Heart,  
Ascension Sacred Heart Pensacola,  
Ascension Sacred Heart Emerald Coast y  
Ascension Sacred Heart Gulf*  
**Bay County Health System, LLC.**  
*que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay*

## **POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

1.º jul 2024

### **POLÍTICA/PRINCIPIOS**

La política de las organizaciones que se enumeran a continuación de este párrafo (cada una de ellas consideradas la Organización) es garantizar una práctica socialmente justa para prestar atención de emergencia y otro tipo de atención médica necesaria en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para ayuda financiera de los pacientes que la necesiten y reciben atención de la Organización.

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto de la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión.
2. Esta política se aplica a todos los tipos de atención de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual contratados. No aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria.
3. En la Lista de Proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera se indican los proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización y se especifica cuáles proveedores están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera y cuáles no.

### **DEFINICIONES**

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **501(r)** se refiere al artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y sus reglamentos.
- **Cantidad Facturada por Regla General (Amount Generally Billed, AGB)** se refiere, en lo que respecta a la atención de emergencia o a otro tipo de atención médicamente necesaria, al monto facturado por regla general a aquellas personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **Comunidad** se refiere a Sacred Heart Health System, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart, Ascension Sacred Heart Pensacola (Escambia y Santa Rosa condados), Ascension Sacred Heart Emerald Coast (Okaloosa y Walton condados) y Ascension Sacred Heart Gulf (Gulf y Franklin condados); y Bay County Health System, LLC (Bay condados), que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart. También se considerará que un Paciente es miembro de la comunidad de la Organización si la atención de emergencia y médicamente necesaria que requiere es una continuación de la atención de emergencia y médicamente necesaria

recibida en otro centro de Ascension Health en el que el Paciente haya reunido los requisitos para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y medicamento necesaria.

- **Atención de emergencia** hace referencia a la atención destinada a tratar una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que, sin atención médica inmediata, podría ocasionar el deterioro grave del funcionamiento corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o podría poner en grave peligro la salud del Paciente.
- **Atención médicamente necesaria** se refiere a la atención que (1) es apropiada, pertinente y esencial para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del Paciente; (2) es el suministro o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que se pueda proporcionar de manera segura; (3) no se proporciona principalmente para la conveniencia del Paciente, la familia del Paciente, el médico o el cuidador; y (4) es más probable que ocasione un beneficio para el Paciente en vez de un riesgo. Para que la atención programada a futuro sea considerada "atención médicamente necesaria", la atención y el momento en que se presta deben ser aprobados por el Director Médico de la Organización (o la persona que este designe). La decisión sobre la atención médicamente necesaria la debe tomar un proveedor autorizado que se encuentre prestando atención médica al Paciente y, a discreción de la Organización, por el médico que lo ingrese, el médico que lo remita o el Director Médico u otro médico que lo examine (según el tipo de atención que se recomiende). En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que se encargó de la admisión o remisión.
- **Organización** se refiere a Sacred Heart Health System, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart, Ascension Sacred Heart Pensacola, Ascension Sacred Heart Emerald Coast y Ascension Sacred Heart Gulf; y Bay County Health System, LLC., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay.
- **Paciente** se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria en la Organización y a la persona que es financieramente responsable su atención.

### **Asistencia financiera brindada**

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a Pacientes que viven en la Comunidad:

1. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos inferiores o iguales al 250<sup>1</sup>% del ingreso del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level income, FPL), serán elegibles para recibir atención de caridad al 100% de la cuota por los servicios de los que el Paciente es responsable una vez que el asegurador haya pagado, si es el caso. Si se determina que el Paciente es elegible de acuerdo con la puntuación presunta (que se describe en el párrafo 5 a continuación) o si presenta una solicitud de asistencia financiera (en lo adelante la Solicitud) antes de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud es aprobada por la Organización. El Paciente será elegible para recibir hasta el 100% de asistencia financiera si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a su primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del
-

mismo después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB.

2. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos superiores al 250<sup>2</sup>% del FPL pero no superiores al 400<sup>3</sup>% del FPL, recibirán un descuento de escala proporcional en el monto de los cargos por los servicios prestados de los que sea responsable el Paciente una vez que el asegurador haya efectuado el pago, si lo hubiere, siempre que dicho Paciente presente una solicitud antes de los 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud sea aprobada por la Organización. El paciente será elegible para recibir un descuento de escala proporcional en la asistencia financiera si presenta la solicitud después de los 240 días posteriores a su primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del paciente después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

#### Ascension Sacred Heart Pensacola

- Los Pacientes con un FPL entre el 251% y el 300% recibirán una asistencia del 90%.
- Los Pacientes con un FPL entre el 301% y el 330% recibirán una asistencia del 75%.

#### Ascension Sacred Heart Emerald Coast

- Los Pacientes con un FPL entre el 251% y el 300% recibirán una asistencia del 90%.
- Los Pacientes con un FPL entre el 301% y el 348% recibirán una asistencia del 80%.

#### Ascension Sacred Heart Gulf

- Los Pacientes con un FPL entre el 251% y el 300% recibirán una asistencia del 90%.
- Los Pacientes con un FPL entre el 301% y el 331% recibirán una asistencia del 80%.

#### Ascension Sacred Heart Bay

- Los Pacientes con un FPL entre el 251% y el 300% recibirán una asistencia del 90%.
- Los Pacientes con un FPL entre el 301% y el 354% recibirán una asistencia del 82%.

3. Conforme a las demás disposiciones de la presente Política de Asistencia Financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400<sup>4</sup>% del FPL puede ser elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con una "Prueba de Medios" para obtener algún descuento en los cargos del Paciente por servicios de la Organización con base en su deuda médica total. Un Paciente será elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con la Prueba de Insuficiencia de Medios si tiene una deuda médica total excesiva. Esta incluye la deuda médica

---

<sup>2</sup> Según lo considere el Ministerio de Salud por cualquier ajuste realizado en virtud de la nota al pie 5.

<sup>3</sup> Los ministerios de salud pueden ajustar el umbral del 400% más arriba o más abajo del costo de vida utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

<sup>4</sup> Según lo considere el Ministerio de Salud por cualquier ajuste realizado de acuerdo con la nota al pie 9.

con Ascension y cualquier otro proveedor de atención médica, atención de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria, que sea igual o superior a los ingresos brutos familiares de dicho Paciente. El nivel de asistencia financiera proporcionado de conformidad con la Prueba de Medios es el mismo que se concede a un Paciente con ingresos del 400<sup>100</sup>% del FPL de acuerdo con el párrafo 2 antes mencionado, siempre que dicho Paciente presente una solicitud antes de los 240 días siguientes a la primera factura de alta del Paciente y la Solicitud sea aprobada por la Organización. El paciente será elegible para la asistencia financiera de descuento en la Prueba de Insuficiencia de Medios si presenta la solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta, pero entonces el monto de la asistencia financiera disponible para un paciente en esta categoría se limitará al saldo no pagado del paciente después de que se tome en cuenta cualquier pago realizado a su cuenta. A un Paciente elegible para esta categoría de asistencia financiera no se le cobrará ningún monto adicional a los cargos calculados de la AGB.

4. Un Paciente puede no ser elegible para la asistencia financiera descrita en los párrafos del 1 al 3 antes mencionados si se considera que tiene suficientes activos para pagar, de acuerdo con una Prueba de Activos. La Prueba de Activos implica una evaluación sustantiva de la capacidad de pago del Paciente basada en las categorías de activos medidos en la Solicitud de Asistencia Financiera (Solicitud de FAP). Un Paciente que tenga en su haber activos que superen el 250% de la cantidad del FPL puede no ser elegible para recibir asistencia financiera.
5. La elegibilidad para la asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la puntuación presunta para un Paciente con un saldo considerable sin pagar dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta. Ello a fin de determinar su elegibilidad para la atención de caridad al 100%, incluso a pesar de que el Paciente no haya completado una Solicitud de Asistencia Financiera (Solicitud de FAP). Si se le concede al Paciente el 100% de la atención de caridad sin haber presentado una Solicitud de FAP y solamente a través de la puntuación presunta, el monto de la asistencia financiera para que el Paciente sea elegible se limitará al saldo no pagado después de contabilizar cualquier pago realizado a la cuenta del Paciente. La determinación de la elegibilidad basada en la puntuación presunta solo se aplicará al episodio de atención para el que se realice la puntuación presunta.
6. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está "fuera de la red", la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. El Paciente podrá apelar cualquier denegación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán examinadas por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de Asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al Paciente. El proceso para que los Pacientes y familiares apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
  - a. Se deben enviar todas las apelaciones por escrito y mediante correo a la siguiente dirección:  
Ascension Sacred Heart, Financial Counseling Manager, P O Box 2488, Pensacola, FL 32513

- b. Todas las apelaciones serán consideradas por el comité de apelaciones de asistencia financiera de la Organización, y las decisiones del comité se enviarán por escrito al paciente o a la familia que presentó la apelación.

### **Otra ayuda para Pacientes no elegibles para recibir ayuda financiera**

Los Pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera según se describió anteriormente aún pueden calificar para recibir otros tipos de ayuda ofrecida por la Organización. En aras de la integridad, estos otros tipos de asistencia se enumeran en este documento. Sin embargo, estos no se basan en la necesidad y no están sujetos al artículo 501(r). Se incluyen aquí para la conveniencia de la comunidad a la que la Organización presta servicio.

1. Los pacientes no asegurados que no son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado a quien más pague por dicha Organización. El mayor pagador debe ser responsable de al menos el 3% de la población de la Organización según se mida mediante el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si un solo pagador no se responsabiliza por este nivel mínimo de volumen, más de un contrato pagador debe promediarse de modo que las condiciones de pago que se utilizan para promediar representen, al menos, el 3% del volumen de negocios de la Organización para ese año determinado.
2. Los Pacientes no asegurados y asegurados que no son elegibles para **asistencia financiera pueden** recibir un descuento por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.

### **Limitaciones de los cargos de los Pacientes elegibles para recibir ayuda financiera**

A los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrarán de manera individual montos que superen la AGB de la atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, ni montos superiores a los cargos brutos de toda la demás atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB por el método "retroactivo" e incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r). Puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y de los porcentajes en el sitio web de la Organización o llamando al Departamento de Servicios al Cliente.

### **Solicitud de Asistencia Financiera y otros tipos de asistencia**

Los Pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante el envío de una Solicitud de FAP completa. Puede encontrar la solicitud de FAP y sus instrucciones disponibles en el sitio web de la Organización, <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida>, o bien, acudiendo a cualquier departamento de Registro de Pacientes; o por correo a través de nuestro Departamento de Atención al Cliente. La Organización exigirá a los no asegurados que trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los cuales se considere que el Paciente es potencialmente elegible. Ello a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y se apruebe a través de una puntuación presunta). Se podrá negar la asistencia financiera al Paciente si este proporciona información falsa en una solicitud de FAP o con relación al proceso de elegibilidad de puntuación presunta, si se niega a asignar los pagos del seguro o se niega a que le pague directamente una compañía de seguros que pueda estar obligada a pagar la atención prestada, o si se niega a trabajar

con un asesor financiero para solicitar Medicaid u otros programas de asistencia pública para los que se considera que el Paciente es potencialmente elegible a fin de calificar para la asistencia financiera (excepto cuando es elegible y se aprueba mediante la puntuación presunta). La Organización podrá considerar una solicitud de FAP que haya sido completada con menos de seis meses de antelación a cualquier fecha de determinación de elegibilidad al momento de tomar una decisión sobre la elegibilidad para un episodio vigente de atención. La Organización no considerará una solicitud de FAP que haya sido completada con más de seis meses de antelación a cualquier fecha de determinación de elegibilidad.

### **Facturación y cobro**

Las medidas que la Organización pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro por separado. Puede obtener una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro en el sitio web de la Organización o a través de Servicio al Cliente por el 1-866-869-9677.

### **Interpretación**

Esta política, junto con todos los procedimientos correspondientes, debe cumplirse, ser interpretada y aplicada de acuerdo con el artículo 501(r), excepto en aquellos casos que se indiquen específicamente.

**Sacred Heart Health System, Inc.**  
*que opera bajo los nombres comerciales de Ascension Sacred Heart,  
Ascension Sacred Heart Pensacola,  
Ascension Sacred Heart Emerald Coast y  
Ascension Sacred Heart Gulf*  
**Bay County Health System, LLC.**  
*que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay*

**LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

1.º jul 2024

En la lista que figura a continuación se especifican los proveedores de atención de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que se prestan en el centro hospitalario y que están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP). ***Sírvase tener en cuenta que cualquier atención que no sea considerada de emergencia ni médicamente necesaria no estará cubierta por la FAP para ningún proveedor.***

**MÉDICOS CUBIERTOS POR LA FAP:**

Andrew Ringel, MD  
Baptist Medical Group – Ladies First  
• Regina McCutcheon, MD  
Bluewater Orthopedics, PA  
• Thomas M. Fox, Obstetra  
Carla J. Hinds, MD  
Child Neurology Center de NW FL  
• James B. Renfroe, MD  
Envision Physician Services  
Escambia Community Clinic, Inc.  
Hospitalist Solutions de Pensacola  
• Sylvia V. Harris, MD  
Henghold Skin Health & Surgery Group  
Louise M. Makarowski, PhD  
LogixHealth  
Martin & Plunkett, MD, LLC.  
Nephrology Associates de la costa del Golfo  
Julie A. Zemaitis DeCesare, MD  
Oral & Maxillofacial Associates  
• Kevin C. Dean, Odontólogo  
• Aaron C. Wallender, Odontólogo  
Panhandle Anesthesiology Associates, PA  
• Theresa M. Northern, Obstetra  
Pediatric Associates, PA  
• Samuel F. Ravenel, MD  
Pensacola Lung Group  
• Enrique Diaz Guzman Zavala, MD  
Pensacola Nephrology, PA  
• Douglas L. Bunting, MD  
• Edward L. Friedland, MD  
• Humam Humeda, MD  
• Derek Jimenez, MD  
• Douglas S. Keith, MD  
• James P. Martin, MD

**MÉDICOS NO CUBIERTOS POR LA FAP:**

21<sup>ST</sup> Century Oncology  
ABC Pediatrics  
Advanced Geriatrics & Primary Care, LLC.  
Advanced Women's Care  
AHF Pensacola Healthcare Center  
ALC Consulting  
All Seasons Allergy & Asthma Center  
Amir Razavi, MD  
Andrew E. Kortz, MD  
Andrews Institute  
Baptist Medical Group, LLC.  
Baptist Physician Associates, LLC.  
Bay Foot and Ankle Center  
Ben Brown, MD, cirugía plástica y reconstructiva  
Billy C. Weinsten, MD  
Bluewater Orthopedics, PA  
Bluewater Plastic Surgery  
Brooks Foot & Ankle Associates  
Calvin L Blount Jr., MD  
Cardiovascular Institute of NWFL  
Center for Prevention and Treatment of Infections  
Center For Sight of Northwest Florida, PA  
Cesar L. Llaner, MD  
Charles D. Stavely, MD  
Cheryl S. Jones, MD  
Child Neurology Center de NW FL  
• Weldon A. Mauney, MD  
• Sara A. Winchester, MD  
Children's Clinic of Pensacola, PA  
Clearway Pain Solutions Inst.  
Coastal Foot and Ankle Clinic  
Coastal Orthopaedic Trauma, LLC.  
Coastal Podiatry  
Coastal Skin Surgery & Dermatology  
Coastal Urology, PA

**Sacred Heart Health System, Inc.**  
*que opera bajo los nombres comerciales de Ascension Sacred Heart,  
Ascension Sacred Heart Pensacola,  
Ascension Sacred Heart Emerald Coast y  
Ascension Sacred Heart Gulf*  
**Bay County Health System, LLC.**  
*que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay*

**CÁLCULO DE LA CANTIDAD FACTURADA POR REGLA GENERAL**

1.º jul 2024

Sacred Heart Health System, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart (Ascension Sacred Heart) calcula dos porcentajes de AGB —uno para los cargos del centro hospitalario y otro para los honorarios profesionales— ambos mediante el método “retroactivo”, e incluye los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamaciones a la Organización, de acuerdo con las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), artículos 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Los detalles de dichos cálculos y los porcentajes de la AGB se describen a continuación.

Los porcentajes de AGB para Ascension Sacred Heart son los siguientes:

AGB para cargos del centro hospitalario:

Ascension Sacred Heart Pensacola	25%
Ascension Sacred Heart Emerald Coast	21%
Ascension Sacred Heart Gulf	23%
Ascension Sacred Heart Bay	19%

AGB para honorarios profesionales de los médicos:

Sacred Heart Medical Group	49%
----------------------------	-----

Estos porcentajes de la AGB se calculan al dividir la suma de los montos de todos los reclamos del centro hospitalario para atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria que hayan autorizado los cargos por servicios de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que paguen reclamaciones al centro hospitalario (por separado para cargos del centro y servicios profesionales) entre la suma de los cargos brutos asociados para dichas reclamaciones. Las únicas reclamaciones que se utilizan con el fin de determinar la AGB son aquellas que han sido permitidas por una compañía de seguro médico durante el período de 12 meses previo al cálculo de la AGB (en vez de los reclamos que correspondan a la atención brindada en los 12 meses anteriores).

Pese a los cálculos de la AGB precedentes, Ascension Sacred Heart ha optado por aplicar un porcentaje de la AGB más bajo para Sacred Heart Medical Group de la siguiente manera:

AGB de Sacred Heart Medical Group:	25%
------------------------------------	-----



**Sacred Heart Health System, Inc.**  
*que opera bajo los nombres comerciales de Ascension Sacred Heart,  
Ascension Sacred Heart Pensacola,  
Ascension Sacred Heart Emerald Coast y  
Ascension Sacred Heart Gulf*  
**Bay County Health System, LLC.**  
*que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay*

### **Resumen de la Política de Asistencia Financiera**

Sacred Heart Health System, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart (Ascension Sacred Heart), incluidos los ministerios de salud mencionados anteriormente, se comprometen a respetar la dignidad de todas las personas y se preocupan especialmente por aquellas que tienen dificultades para tener acceso a los servicios médicos. También tiene el mismo compromiso para administrar sus propios recursos de atención médica como un servicio para toda la comunidad. Para promover estos principios, Ascension Sacred Heart proporciona asistencia financiera a determinadas personas a quienes les brindan atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria. Este resumen proporciona una visión general de la Política de Asistencia Financiera de Ascension Sacred Heart.

#### **¿Quién es elegible?**

Puede obtener asistencia financiera si vive en Sacred Heart Health System, Inc., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Pensacola, Ascension Sacred Heart Emerald Coast y Ascension Sacred Heart Gulf; y Bay County Health System, LLC., que opera bajo el nombre comercial de Ascension Sacred Heart Bay. La asistencia financiera suele determinarse a través de su ingreso familiar total en comparación con el Nivel Federal de Pobreza. Si su ingreso es menor o igual al 250<sup>5</sup>% del Nivel Federal de Pobreza, usted podrá recibir un 100% de condonación por atención de caridad en la porción de los cargos por los que sea responsable. Si su ingreso es mayor al 250<sup>13</sup>% del Nivel Federal de Pobreza, pero no excede el 400<sup>6</sup>% del Nivel Federal de Pobreza, puede recibir las tasas descontadas en una escala proporcional. Si tiene una deuda médica por una atención de emergencia y médicamente necesaria que excede sus ingresos, podrá ser elegible para un descuento. Si tiene activos que superan el 250% de la cantidad de ingresos del Nivel Federal de Pobreza, es posible que no califique para recibir asistencia financiera. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no tendrán que pagar más por la atención elegible que las cantidades facturadas por regla general a los pacientes con cobertura de seguro.

#### **¿Qué servicios están cubiertos?**

La Política de Asistencia Financiera se aplica a los servicios de atención de emergencias y los médicamente necesarios. Estos términos se definen en la Política de Asistencia Financiera. Todas las demás atenciones no están cubiertas por la Política de Asistencia Financiera.

---

<sup>5</sup> El porcentaje debe ser el mismo que se establece en la FAP. Según se señaló en la FAP, los Ministerios de Salud pueden ajustar el umbral de 250% hacia arriba, pero no por debajo, del costo de vida utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

<sup>6</sup> El porcentaje debe ser el mismo que se establece en la FAP. Según se señaló en la FAP, los Ministerios de Salud pueden ajustar el umbral de 400% hacia arriba, o por debajo, del costo de vida utilizando el índice local de los salarios en comparación con el índice nacional de salarios.

**¿Cómo puedo solicitarla?**

Para solicitar asistencia financiera, por lo general, se completa una solicitud por escrito y se presenta documentación de respaldo, según se describe en la Política de Asistencia Financiera y en la Solicitud de la Política de Asistencia Financiera.<sup>7</sup>

**¿Cómo hago para obtener ayuda con la solicitud?**

Para obtener ayuda con la solicitud de la Política de Asistencia Financiera, puede contactar a Ascension Sacred Heart por el 1-866-869-9677.

**¿Cómo puedo obtener más información?**

Puede encontrar copias de la FAP y la planilla de solicitud en <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida/FLPEN> y en todos los departamentos de registro de pacientes. También puede obtener copias gratuitas de la FAP, la solicitud e información por correo a través de Servicios al Cliente por el 1-866-869-9677.

**¿Qué pasa si no soy elegible?**

Si no califica para recibir asistencia financiera conforme a la Política de Asistencia Financiera, puede calificar para recibir otros tipos de asistencia. Para obtener más información, llame gratis a Servicios al Cliente al 1-866-869-9677.

**Puede encontrar las traducciones de esta Política de Asistencia Financiera, su solicitud e instrucciones y de este resumen en lenguaje sencillo en nuestro sitio web y, a solicitud, en los siguientes idiomas: español.**

[En la siguiente página encontrará el Formulario de solicitud de la FAP y las instrucciones]

---

<sup>7</sup> La FAP permite que el Ministerio de Salud defina su proceso de solicitud de ayuda financiera. La Organización debe añadir a esta sección del resumen detalles pertinentes específicos del proceso de solicitud de la Organización.

# Formulario de solicitud de asistencia financiera



## Ascension

### Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge del solicitante \_\_\_\_\_  
Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensión/jubilación \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por intereses/dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
Ingresos por alquiler de propiedades \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Distribución de fondos fiduciarios recibidos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
**Total de ingresos brutos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Comestibles/alimentos \_\_\_\_\_  
Servicio de cable/internet/televisión satelital \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión alimentaria \_\_\_\_\_  
Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
Seguro de automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de vivienda/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro médico/salud \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales \_\_\_\_\_  
**Total de gastos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_  
Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_  
Otros activos \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Comentarios** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ascension**

# Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Ascension

[Date]

Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea una copia de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Tome en cuenta que la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

**[STREET]**

**[SUITE]**

**[CITY, STATE ZIP]**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes por el xxx-xxx-xxxx.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente  
Ascension