



Instrucciones para Asistencia Financiera:

Freeman Health System es un sistema de salud sin fines de lucro que ofrece Asistencia Financiera (FA) a nuestros pacientes que califican según los ingresos en relación con las Guías de Pobreza Federal y los activos disponibles. Las consideraciones de FA solicitadas por los clientes deben tener una solicitud completa presentada con documentación de apoyo para ser considerada para asistencia hasta el 100% de la responsabilidad del paciente.

Las solicitudes incompletas se devolverán al cliente para proporcionar la solicitud completa, incluida la documentación de respaldo. Para agilizar su solicitud, revise y envíe toda la documentación relativa que se indica a continuación.

Prueba de Identidad: Favor de proveer por lo menos uno de los siguientes documentos:

- Licencia de Conducir o ID del Estado
- Tarjeta de Seguro Social
- Tarjeta de Identificación de Residente Extranjero o de Ciudadano Estadounidense

Prueba de Ingresos:

(Incluyendo de su cónyuge)
Sección Abajo)

- Talón de pago de su empleador que indica sus ingresos del año hasta la fecha para todos sus empleadores del año actual.
- Tarjetas de pago (cuando el empleo o la ayuda se financian automáticamente distinto a la cuenta bancaria/de ahorro)
- Desempleo
- Pensión de niños
- Asistencia Pública (Medicaid, TANF, Food Assistance, WIC, etc.)
- Social Security/Carta de beneficios
- Beneficios de Veteranos
- Compensación de Trabajadores
- Beneficios de Huelga

Impuestos Personales:

(Esto incluye impuestos de negocios si usted trabaja por cuenta propia)

- Impuestos de Negocios
- Impuestos Personales
- Todos los formularios anexados - *No se requiere impuestos de propiedad personal

Otros

- Cuentas de Health Savings o Health Reimbursement

Caso que usted no presentó impuestos:

- Prueba de no presentación del IRS por:

- Marcar cita para irse con la IRS: Tel: 844-545-5640, IRS está ubicado en el edificio US Bank Building en la 4ª y Main en Joplin. Tiene una oficina del IRS para ayudar en la prueba de no presentación o copia del año fiscal anterior.
- En línea: <https://www.irs.gov/individuals/get-transcript>
- Enviando los formularios 4506-T o 4506T-EZ al IRS
- Llamando al 800-908-9946 para solicitar prueba

Si ha solicitado Medicaid y ha sido negado o aprobado

- Carta valida de Denegación de Medicaid
- Carta valida de Aceptación de Medicaid

Si no ha solicitado Medicaid:

- Complete el Formulario de Revisión preliminar de Medicaid que está adjunto; Si no se encuentra el criterio de elegibilidad, posiblemente será elegible para FA y la solicitud debe ser completada. Si hay indicación de elegibilidad o posible elegibilidad para el programa, la solicitud debe ser completada antes de la consideración de FA.

Si esto es para un servicio o cirugía futuro:

- Una carta de Necesidad Médica del Doctor/a solicitando los servicios
Tenga en cuenta que la política será revisada para asegurar que se cumplan las pautas de necesidad médica.

Aplicación para Asistencia Financiera Completada

- Ponga su firma y la fecha en la aplicación. Favor de llenar todas las secciones de la aplicación. Caso no es aplicable indique N/A.

Usted puede obtener solicitudes adicionales visitando el mostrador principal de admisiones en cualquier hospital o clínica médica de Freeman. Llame a Freeman Patient Accounts o en línea al <http://www.freemanhealth.com/paymentoptions>

Estamos disponibles para ayudarle con cualesquiera preguntas de lunes a viernes, de las 8:00am hasta las 4:30pm o al 417-347-8247 o 888-707-4500.

Dirección de correo para las aplicaciones

Freeman Health System
Patient Accounts
1102 W. 32nd Street
Joplin, MO 64804
Teléfono: 417-347-8247 Fax
Fax: 417-347-5818

Dirección física:

Freeman Business Center
Patient Accounts
3220 McClelland Blvd.
Joplin, MO 64804
Teléfono: 417-347-8247
Fax: 417-347-5818

Email: Las solicitudes completas con todos los archivos requeridos adjuntos pueden enviarse electrónicamente a: freemanfinancialassistance@freemanhealth.com



Health System

Solicitud de Asistencia Financiera de Freeman

SOLAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CUENTAS DE PACIENTE/ADMISIONES

Approved 100%	<input type="checkbox"/> Pended/Acct. rep.
Approved sliding scale/patient owes: _____ %	<input type="checkbox"/> UB status/Acct. rep.
Denied due to:	<input type="checkbox"/> Med. Assist/Acct. rep.

Nº De cuenta: _____ Nº unidad: _____ Fecha entregado: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Nº de Seguridad Social del paciente: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ celular: _____ teléfono para mensaje: _____ Nº de identificación: _____

Nombre del padre u guardián _____ Nº Seguro social del padre u guardián: _____

Dirección del padre u guardián: _____ ciudad: _____ estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ celular: _____ teléfono para mensaje: _____ Nº de identificación: _____

Información del hogar (madre, padre e hijos dependientes menores de 18 años)

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
SOLICITANTE			DEPENDIENTE		
CÓNYUGE			DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE			DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE			DEPENDIENTE		

EMPLEOS / INFORMACION DE INGRESOS ANUALES

Fuente	Solicitante	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Seguro social, anualidades, beneficios de veteranos				
Pensión compensatoria, pensión alimenticio de los hijos, beneficios de familiares de militares				
Ingresos de negocios propios y de dependientes				
Renta, intereses, dividendos, desempleo y otros ingresos				

RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE

Entiendo que se espera que yo (solicitante/ paciente) solicite asistencia de Medicaid para pagar por este servicio del hospital. Además entiendo que la información que he proporcionado es sujeta a verificación y revisión por Freeman. Si tengo o recibo algún ingreso que no esté alistado arriba, yo entiendo que mi aprobación para ayuda financiera puede ser retirada y seré responsable para pagar mi cuenta. Yo certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta, bajo pena de perjurio.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Approval pending: proof of income Personal taxes Business taxes Copy of Driver's License/SS Card

Date Information is due: _____ approved by: _____ Date: _____

Freeman Health System
Financial Screening Protocol
"Upfront Decision Tree"

PT cuenta # _____

Círculo la respuesta correcta a cada una de las preguntas a continuación.

PARTE I – cobertura de seguro

El mercado de seguros de salud es un sitio web donde los individuos, familias y pequeñas empresas pueden aprender sobre sus opciones de cobertura de salud; Comparar los planes de seguro de salud basados en los costos, beneficios y otras características importantes; elegir un plan; e inscribirse para la cobertura mediante el Affordable Care Act.

- ¿Has solicitado seguro de salud a través del mercado de cuidado de la salud? **Sí o No**

En caso afirmativo, sírvase indicar el resultado: _____

Si no, nuestra oficina puede comunicarse con usted para hablar sobre esta opción de cobertura de salud.

- ¿Tiene seguro médico? **Sí o No**

Si es así, entonces seguir el protocolo de verificación protocolo de elegibilidad y beneficios.

- ¿Fueron tratados por lesiones que fueron causadas por un accidente? **Sí o No**

Si es así, entonces seguir el protocolo para 3rd responsabilidad potencial.

- ¿Tienes seguro médico que ha vencido en los últimos 60 días? **Sí o No**

Si es así, entonces seguir el protocolo para examinar el potencial COBRA.

Si el paciente respondió "Sí" a las preguntas 1, 2 y 3, proceder con los pagos normales opciones.

Si el paciente contestó "NO" a las preguntas 1, 2 y 3 por favor vaya a la parte II

Opciones de pago:

Efectivo/cheque

Tarjetas de crédito

50% con acuerdo de pago

10% con acuerdo de pago y Pago securizado

Si no cumplen las opciones de pago ir a Medicaid rápida proyección preguntas parte II

Parte II Medicaid rápida proyección preguntas:

- ¿Eres el padre de los hijos menores y viven en el hogar con usted? Sí o no
- ¿En caso afirmativo, hacer cualquiera de los padres biológico en el trabajo doméstico? Sí o no
- En caso afirmativo, ¿cuál es su ingreso bruto? _____ consulte las pautas de ingreso más abajo:

No. de las personas en las pautas de ingreso:

- 1 - \$ 136,00/mes
- 2 - \$ 234,00/mes
- 3 - \$ 292,00/mes
- 4 - \$ 342,00/mes
- 5 - \$ 388,00/mes
- 6 - \$ 431,00/mes
- 7 - \$ 474,00/mes

Si el ingreso es sobre los lineamientos de ingreso, paciente no calificará para recibir Medicaid. Árbol de decisión puede utilizarse como una negación para Medicaid. Proceder con asistencia financiera.

- ¿Actualmente recibe ingresos del Seguro Social basada en una discapacidad? Sí o no
- ¿Has solicitado beneficios de Seguro Social por incapacidad en los últimos 6 meses? Sí o no
- ¿Actualmente no puede trabajar debido a una discapacidad? Sí o no
- ¿Está actualmente embarazada o han entregado en los últimos 90 días. Sí o no
- ¿Estás ciego? Sí o no
- ¿Eres mayor de 65 años. Sí o no

Si ninguna de las anteriores preguntas son respondida con un "Sí" y bajo los lineamientos de ingreso, directa al paciente al representante MedAssist para aplicación de Medicaid o consulte La oficina del condado para aplicación de Medicaid.

- ¿Paciente o garante cumple el pautas federales de pobreza por ingresos? Sí o no
- Si respondió "Sí" ir al árbol de decisión de asistencia financiera**

Números de Teléfonos y Direcciones Útiles

Para conseguir prueba de que no hay necesidad de hacer los impuestos:

- Entre al sitio web irs.gov
- Visite a la oficina del IRS en la dirección:

402 S. Main St.

Joplin, MO 64801

(Localizado adentro del edificio US Bank Building)

Marque al 417.889.9828 ***Para programar cita**

Horario de atendimento 8am – 4:30pm (Cerrado entre 1-2pm para almuerzo)

Si usted necesita aplicar para Medicaid o necesita una copia de la carta de renegación u aceptación:

Newton County (Condado Newton)

Missouri Department of Social Services – Neosho Customer Service Center (Departamento de Servicios Sociales del Estado Missouri-Centro de Atendimento al Cliente en Neosho)

201 N. Washington

Neosho, MO 64850

417.455.5140

Jasper County

Missouri Department of Social Services – Joplin Customer Service Center (Departamento de Servicios Sociales del Estado Missouri-Centro de Atendimento al Cliente en Joplin)

601 Commercial

Joplin, MO 64802

417.629.3050

Lista de Clínicas de Salud

Joplin Community Clinic

701 S Joplin Ave

Joplin, MO 64801

417.624.5500

www.joplinclinic.org

Jasper County Health Dept

105 Lincoln St

Carthage, MO 64836

417.358.3111

Goodman Family Clinic

125 E Main St

Goodman, MO 64843

417.364.8300

ACCESS Family Care

503 S Maiden Lane

Joplin, MO 64804

417.782.6200

www.accessfamilycare.org

Barton County Health Dept

1301 E 12th St.

Lamar, MO 64759

417.682.3363

www.bchdhealth.com

Southwest City Community Clinic

109 N Broadway

Southwest City, MO 64863

417.762.3287

ACCESS Family Care

412 E McKinney St

Neosho, MO 64850

417.451.4447

www.accessfamilycare.org

Anderson Rural Health Clinic ACCESS Family Care

104 E Main St

Anderson, MO 64831

417.845.6984

927 N 71 Business Hwy

Anderson, MO 64831

417.845.8300

www.accessfamily.com

Joplin Health Department

321 E 4th St.

Joplin, MO 64801

417.623.6122