



## 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 parcialmente completadas 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.
- 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

**Prueba de Activos:**

(Incluyendo de su cónyuge)

Sección Abajo)

- Los últimos 3 meses de extractos bancarios de todas las cuentas corrientes y de ahorro
- Lista detallada de ganado y equipo agrícola y vehículos secundarios no utilizados como fuente primaria de transporte
- Declaraciones de los fondos de inversión disponibles que pueden ser liquidados sin sanciones.
- Cuentas de Ahorro de Salud o Reembolso de Salud

**Impuestos Personales:**

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

- Impuestos de Negocios
- Impuestos Personales
- Todos los formularios anexados, caso que tenga

### **Caso que usted no presentó impuestos:**

- Prueba de no presentación del IRS:
  - 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**

- Firma y 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 de Freeman, clínica médica, llame a Freeman Patient Accounts o en línea

<http://www.freemanhealth.com/paymentoptions>

**Estamos disponibles para ayudarles con cualquier pregunta de Lunes – Viernes, de 8:00am - 4:30pm al 417-347-8247 or 888-707-4500.**

### **Dirección de correo para las aplicaciones:**

Freeman Health System  
Patient Accounts  
1102 W. 32<sup>nd</sup> Street  
Joplin, MO 64804  
Fax 417-347-5818



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 3<sup>rd</sup> 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](http://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](http://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](http://www.accessfamilycare.org)

### Barton County Health Dept

1301 E 12<sup>th</sup> St.

Lamar, MO 64759

417.682.3363

[www.bchdhealth.com](http://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](http://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.cor](http://www.accessfamily.cor)

**Joplin Health Department**

321 E 4<sup>th</sup> St.

Joplin, MO 64801

417.623.6122