

Política del Programa de Asistencia Financiera

POLÍTICA

Este programa se diseñó para proporcionarles atención gratuita o con descuento a quienes no tienen los medios, o tienen medios limitados, para pagar por sus servicios médicos (no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente). Hay descuentos disponibles para las personas que ganan 200 % del nivel federal de pobreza o menos y que cumplan con los demás requisitos del programa. La función del representante de cuentas de clientes es trabajar con el cliente y/o el avalista para encontrar alternativas de pago razonables.

El Centro Ozark les ofrecerá un Programa de Asistencia Financiera a quienes no puedan pagar sus servicios. El Centro Ozark basará la elegibilidad del programa en la capacidad de pago de una persona y no discriminará por motivos de edad, género, identidad de género, raza, orientación sexual, credo, religión, discapacidad nacionalidad. Las Directrices Federales de Pobreza, <http://aspe.hhs.gov/poverty>, se usan en la creación y actualización anual de la tabla de tarifas móviles (SFS por sus siglas en inglés) para determinar la elegibilidad.

PROCEDIMIENTO

En la prestación del Programa de Asistencia Financiera se seguirán las siguientes directrices.

1. **Notificación:** Ozark Center les notificará a los clientes del Programa de Asistencia Financiera por medio de:

- La notificación del Programa de Asistencia Financiera se les ofrecerá a todos los clientes en el momento de su admisión, como se indica en el Manual del Cliente.
- Los estados financieros enviados por el Centro Ozark les informarán a las personas acerca del Programa de Asistencia Financiera y les pedirán que nos contacten para obtener información.
- En el sitio web del Centro Ozark se indica que los servicios se ofrecen en función de una escala móvil de tarifas.
- El Centro Ozark coloca la notificación del Programa de Asistencia Financiera en la sala de espera de la clínica.

2. Todos los clientes que buscan servicios de salud mental en el Centro de Ozark tienen la seguridad de que les atenderán independientemente de su capacidad de pago. No se le niega el servicio a nadie por falta de medios económicos para pagar. Las solicitudes deben presentarse en un plazo de sesenta días a partir de la fecha de la primera declaración.

3. **Solicitud de descuento:** Los clientes, familiares, personal de los servicios sociales u otras personas que conozcan las dificultades económicas existentes y tengan autoridad legal para firmar en nombre del cliente pueden presentar las solicitudes de descuentos para los servicios. El Programa de Asistencia Financiera sólo estará disponible para la mayoría de los servicios del Centro de Ozark (por ejemplo, los servicios SATOP y los servicios que no son médicamente necesarios, no son elegibles). El Centro Ozark también acepta las determinaciones/aprobaciones de asistencia financiera de Freeman Health System en lo que respecta a las admisiones psiquiátricas de los pacientes hospitalizados. El personal de admisiones y de cuentas de los clientes puede ayudar a la persona al explicarle el programa, los formularios y la solicitud.

4. **Administración:** El procedimiento del Programa de Asistencia Financiera se administrará a través de la Oficina de Admisiones, cuentas de los clientes o de la persona designada. Se facilitará información acerca de la política y el procedimiento del Programa de Asistencia Financiera y se ofrecerá ayuda para completar la solicitud. Se respetarán la dignidad y la confidencialidad de quienes soliciten y/o reciban servicios caritativos.

5. **Pago a terceros:** Esta política se les aplica a todos los clientes elegibles, incluyendo aquellos que tienen cobertura de seguro de terceros, a menos que los contratos de seguro de terceros prohíban la aplicación de la política.

6. **Llenado de la solicitud:** El cliente/responsable debe llenar la solicitud de ayuda financiera en su totalidad. Al firmar la Solicitud de Asistencia Financiera, las personas autorizan el acceso al Centro Ozark en la confirmación de los ingresos como se indica en el formulario de solicitud. Proporcionar información falsa en la solicitud del Programa de Asistencia Financiera dará lugar a la revocación de todos los descuentos del Programa de Asistencia Financiera y al restablecimiento y pago inmediato del saldo total de la o las cuentas. Si la solicitud no puede tramitarse debido a la necesidad de información adicional, el solicitante

dispone de dos semanas a partir de la fecha de la notificación para facilitar la información necesaria sin que se ajuste la fecha de su solicitud. Si un cliente no facilita la información solicitada en el plazo de dos semanas, su solicitud se volverá a fechar con la fecha en la cual facilite la información solicitada. No se tendrá en cuenta para el Programa de Asistencia Financiera ninguna cuenta que se haya devuelto para que se cobre como consecuencia del retraso del cliente al facilitar la información.

7. **Elegibilidad:** Los descuentos se basarán en los ingresos y el tamaño de la familia. El Centro Ozark usa las definiciones de la Oficina del Censo para cada uno de ellos.

a. La **familia** se define como: un grupo de dos o más personas (una de las cuales es el cabeza de familia) emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas estas personas (incluyendo los miembros emparentados de la subfamilia) se consideran miembros de una misma familia.

b. Los **ingresos** incluyen: ingresos, subsidio de desempleo, compensación de los trabajadores, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones de supervivencia, ingresos por pensiones o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, cánones, ingresos procedentes de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia ajena al hogar y otras fuentes diversas. *Las prestaciones no monetarias (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.*

8. **Comprobación de ingresos:** Los solicitantes deben presentar uno de los siguientes documentos: Declaración de la renta del año anterior, W-2 del año anterior, dos talones de pago más recientes, carta de la empresa o formulario 4506-T (si no se ha presentado la W-2). La declaración de la renta es el documento justificativo de preferencia. Debe facilitarse la información adecuada en orden de determinar la elegibilidad para el programa. La **autodeclaración de ingresos** sólo puede usarse en circunstancias especiales. Algunos ejemplos concretos incluyen a los participantes sin hogar. Los clientes que no puedan presentar una comprobación por escrito deberán presentar una declaración de ingresos firmada y explicar por qué no pueden presentar una comprobación independiente. Esta declaración se le presentará al Director Administrativo del Centro de Ozark o su designado para su revisión y determinación final en cuanto al porcentaje de tasas móviles. Los clientes que autodeclaran serán

responsables del 100 % de sus gastos hasta que la dirección determine la categoría adecuada.

9. **Descuentos:** Las personas que tienen ingresos iguales o inferiores a 100 % de la pobreza recibirán un descuento de 100 %. A las personas que tienen ingresos superiores a 100 % de la pobreza, pero iguales o inferiores a 200 % de la pobreza, se les cobrará según un baremo variable, que se actualizará durante el primer trimestre de cada año civil con las últimas directrices federales sobre la pobreza, <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

10. **Exención cargos:** En determinadas situaciones, es posible que los clientes no puedan pagar la comisión de descuento. La exención cargos sólo podrá usarse en circunstancias especiales y debe aprobarla el Director Administrativo del Centro de Ozark, a su Director Financiero o a su designado. Cualquier exención cargos debe documentarse en el expediente del cliente junto con una explicación (por ejemplo, capacidad de pago, buena voluntad, evento de promoción de la salud).

11. **Notificación al solicitante:** La decisión del Programa de Ayuda Financiera se comunicará por escrito al solicitante o solicitantes e incluirá el porcentaje de exención cargos del Programa de Ayuda Financiera o, en su caso, el motivo de la denegación. Si la solicitud se aprueba por menos de un descuento de 100 % o es denegada, el cliente y / o la parte responsable debe establecer inmediatamente los arreglos de pago con el Centro Ozark. Las solicitudes del Programa de Asistencia Financiera cubren los saldos pendientes del cliente durante los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud y cualquier saldo incurrido en los 6 meses posteriores a la fecha de aprobación, a menos que su situación financiera cambie significativamente. El solicitante tiene la opción de volver a presentar la solicitud después de la fecha de expiración o en cualquier momento en el que se haya producido un cambio significativo en los ingresos familiares. Cuando el solicitante vuelva a presentar la solicitud, el periodo de revisión será de seis meses o de la fecha de expiración de su última solicitud del Programa de Ayuda Económica, lo que sea menor.

12. **Mantenimiento de los registros:** La información relacionada con las decisiones del Programa de Asistencia Financiera se mantendrá y almacenará en un esfuerzo por preservar la dignidad de las personas que reciben atención gratuita o con descuento. El gestor de la cuenta del cliente o la persona designada llevarán un registro mensual en el cual se identifiquen los beneficiarios del Programa de Asistencia

Financiera y los importes en dólares. Las denegaciones también se registrarán.

13. **Revisión de las políticas y procedimientos:** Anualmente, el Director Administrativo y/o el Director de Servicios de Apoyo y Cuentas de los Clientes revisarán la cuantía del Programa de Asistencia Financiera proporcionado. La escala móvil de tarifas se actualizará en función de las Directrices Federales de Pobreza vigentes.

14. **Presupuesto:** Durante el proceso presupuestario anual, se incluirá en el presupuesto un importe estimado del servicio del Programa de Asistencia Financiera como deducción de los ingresos. Se solicitará la aprobación del Consejo para el Programa de Asistencia Financiera como parte integral del presupuesto anual.



P.O. BOX 2526 | JOPLIN, MO 64803 | 417-347-7600

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

POR FAVOR, FACILITE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN A SU SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA COMPLETADA:

Una copia de su permiso de conducir u otro documento de identidad

Una copia de su tarjeta de Seguridad Social

Prueba de residencia: suele ser una factura del lugar donde vive

Prueba del número de miembros de la unidad familiar, puede usar la declaración de la renta del año anterior

Una copia de cualquier tarjeta de seguro/Medicaid aplicable

Justificativo de ingresos: preferiblemente los 3 últimos recibos del sueldo junto a una copia de la declaración de la renta del año anterior

ES POSIBLE QUE SE REQUIERA DE INFORMACIÓN ADICIONAL UNA VEZ REVISADA SU SOLICITUD. LE CONTACTAREMOS PARA INFORMARLE DE CUALQUIER ELEMENTO ADICIONAL QUE PODAMOS NECESITAR.

SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LA SOLICITUD O LOS ELEMENTOS NECESARIOS, POR FAVOR, CONTÁCTENOS CON LOS DATOS QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN.

CUENTAS DE PACIENTES DEL CENTRO OZARK

1105 E 32ND ST, SUITE 2, JOPLIN MO. 64804

TELÉFONO: 417-347-7660

FAX: 417-347-7676



Nuestra misión es mejorar la salud de las comunidades a las cuales les brindamos el servicio a través de soluciones contemporáneas, innovadoras, informadas sobre traumas y de calidad para atender la salud conductual.

CENTRO OZARK
UNA FILIAL DE FREEMAN HEALTH SYSTEM
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

FECHA DE LA SOLICITUD _____

INFORMACIÓN AL CLIENTE			
APELLIDO	NOMBRE	M.I.	CENTRO OZARK
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACIÓN MÉDICA		NÚMERO DE MEDICARE

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Indique el nombre del cónyuge y de las personas a su cargo que se encuentran en la declaración de la renta.			
CÓNYUGE:	FECHA DE NACIMIENTO:	DEPENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DEPENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	DEPENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DEPENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	DEPENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:

INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO MÉDICO (Si el cliente no está cubierto por un seguro médico, pase a la casilla siguiente).		
TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS	NÚMERO DE LA PÓLIZA/NÚMERO DEL GRUPO
	NOMBRE: TELÉFONO:	
	DIRECCIÓN:	
	NOMBRE: TELÉFONO:	
	DIRECCIÓN:	

INFORMACIÓN LABORAL Indique la información laboral del cliente o de la persona económicamente responsable.	
PERSONA O PERSONAS EMPLEADAS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR
NOMBRE:	EMPLEADOR: TELÉFONO:
RELACIÓN CON EL CLIENTE:	DIRECCIÓN:
NOMBRE:	EMPLEADOR: TELÉFONO:
RELACIÓN CON EL CLIENTE:	DIRECCIÓN:

INFORMACIÓN ACERCA DE LOS INGRESOS			
Fuentes de los ingresos	Ingresos anuales del cliente	Ingresos anuales del cónyuge o de los	Totales
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			
Ingresos de empresas, autónomos y personas a cargo			
Subsidios de desempleo, indemnizaciones laborales, Seguridad Social, Seguridad Social Complementaria, ayudas públicas, ayudas para veteranos, prestaciones de supervivencia, pensiones o ingresos por jubilación			
Intereses, dividendos, alquileres, cánones, ingresos procedentes de herencias, fideicomisos, ayudas para la educación, pensiones alimenticias, manutención de los hijos, ayudas externas al hogar y otras fuentes diversas			
Otros			
NOTA: Es posible que se soliciten copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.			TOTAL DE INGRESOS:

FIRMA A través de la presente certifico que no he ocultado a sabiendas ninguna información sobre mis ingresos u otros recursos financieros y que las cantidades que he declarado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.	
FIRMA/RELACIÓN CON EL CLIENTE (SI PROCEDE):	FECHA:

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:		
LISTA DE VERIFICACIÓN	SÍ	NO
IDENTIFICACIÓN/DIRECCIÓN: Permiso de conducir, factura de servicios públicos, identificación laboral u otro documento de identidad		
INGRESOS: Declaración de la renta del año anterior, los tres últimos recibos del sueldo u otros documentos		
SEGURO: Tarjetas del seguro (Sino aplica, escriba "N/A")		
Descuento aprobado:	Aprobado por:	Fecha: