

<b>Ortonville- Ortonville Area Health Services: Finance:</b>	<b>Spanish Financial Assistance Program</b>
	<b>APPROVED BY: CFO</b>
<b>DATE REVIEWED/REVISED:</b> 03/11/2020	<b>FORMULATED BY: INS &amp; BILLING SUPV</b>

**POLÍTICA:**

1. La misión del centro es proveer cuidado a los pacientes que lo necesiten, independientemente de su capacidad de pago.
2. En cuanto a admisiones y según nuestras políticas, el departamento de Servicios de Salud en el área de Ortonville (Ortonville Area Health Services, OAHS) discutirá sobre las opciones de pago con sus pacientes. Se tomará nota si el paciente no fuese capaz de cumplir con ninguna de las opciones de pago de los OAHS. Los pacientes que no pueden cumplir con los criterios (opciones de pago de OAHS) deben considerarse para el Programa de asistencia financiera antes de iniciar cualquier actividad de cobro.
3. Después del alta, se seguirá una cuenta del paciente según los procedimientos establecidos de gestión de cuentas por cobrar. Si en este momento parece que el paciente es incapaz de pagar la cuenta en su totalidad, se tomará una decisión para evaluar si puede costear un plan de pago más bajo o si es posible que sea candidato del programa de Asistencia Financiera. Si el paciente es un posible candidato para el programa, se le solicitará la documentación de su estado financiero actual.
4. Los criterios para este programa apenas seguirán los lineamientos de ingresos federales de pobreza. Aquellos individuos que no tengan Medicaid o cobertura bajo otro plan serán referidos primero a Servicios Familiares para evaluar si son elegibles para recibir asistencia. Si no es elegible para recibir asistencia médica, entonces el paciente puede ser elegible para una reducción de cuentas médicas de los OAHS. Los criterios se enumeran a continuación:

**PROCEDIMIENTO:**

1. Debe cumplir con las pautas de ingresos en este gráfico:

**SERVICIOS DE SALUD DEL ÁREA DE ORTONVILLE**  
Ortonville Hospital/Northside Medical Clinic  
Agencia de Salud en el Hogar/Vecindarios Fairway View  
Pautas del programa de asistencia financiera  
2020

Familia Tamaño	2020 FPL	Menos Que	TASA ANUAL DE SALARIO BRUTO / INGRESO					
			De	Para	De	Para	De	Para
1	12,760	25,520	25,520	31,900	31,901	38,280	38,281	44,660
2	17,240	34,480	34,480	43,100	43,101	51,720	51,721	60,340
3	21,720	43,440	43,440	54,300	54,301	65,160	65,161	76,020
4	26,200	52,400	52,400	65,500	65,501	78,600	78,601	91,700
5	30,680	61,360	61,360	76,700	76,701	92,040	92,041	107,380
6	35,160	70,320	70,320	87,900	87,901	105,480	105,481	123,060
7	39,640	79,280	79,280	99,100	99,101	118,920	118,921	138,740
8	44,120	88,240	88,240	110,300	110,301	132,360	132,361	154,420
9	48,600	97,200	97,200	121,500	121,501	145,800	145,801	170,100
10	53,080	106,160	106,160	132,700	132,701	159,240	159,241	185,780

Ajuste de asistencia financiera	100%		75%		50%		25%
Participación del paciente			25%		50%		75%
			2.5		3		3.5
FPL	200%	201%	250%	251%	300%	301%	350%

**AQUELLOS POR DEBAJO DEL 200% del NIVEL BASE TIENEN DERECHO A UN AJUSTE DE INCREMENTO DEL 100%.**

Esta es la revisión de los niveles de cualificación del programa de Asistencia Financiera. Se actualizó utilizando las pautas federales de pobreza de enero de 2020.

Permite descuentos para familias con ganancias de hasta el 350% de las pautas federales que es consistente con la información recibida de la Asociación de Hospitales de Minnesota.

2. Valor de los activos – Prestaciones mínimas de capital
  - a. Una persona - \$5,000 y un vehículo de cualquier valor.
  - b. Dos personas - \$10,000 y un vehículo de cualquier valor.
  - c. Añada \$5,000 por cada persona adicional.
3. La aprobación del Programa de Asistencia Financiera requerirá de la cooperación del paciente al completar una solicitud del Programa de Asistencia Financiera. Puede que al paciente o garante se le niegue la ayuda del programa de Asistencia Financiera si no coopera al buscar otras asistencias financieras antes de considerar este programa.
4. Las solicitudes para Asistencia Financiera se presentan en la oficina comercial de los OAHS. La aprobación o rechazo de esta solicitud se otorgará dentro de 1 mes, una vez que cumpla todos los aspectos de la solicitud. El Director Financiero está autorizado a aprobar o rechazar estas solicitudes.
5. La notificación por escrito de la decisión de calificación se proporcionará al paciente o al garante dentro un mes desde que los OAHS hayan recibido una solicitud y verificación completas.
6. A los solicitantes del programa no se les negará asistencia financiera por motivos de raza, creencias, sexo, origen nacional, discapacidad, edad o capacidad de pago.
7. Los ajustes de Asistencia Financiera no aplican a servicios electivos.
8. Los ajustes de Asistencia Financiera no se aplicarán a ninguna cuenta hasta que se establezca el plan de pago y se haya sido recibido el primer pago.

**VIGENTE:** 5/93

**REVISADO** 6/00, 4/01, 3/04, 1/05, 9/05, 3/06, 3/08, 8/12, 09/13, 01/14, 10/14, 3/15, 01/18 KR, 02/19 kr

**REVISADO:**

