

## DIRECTRICES DE ASISTENCIA FINANCIERA RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

Desde 1920, BAPTIST HEALTH ha brindado servicios centrados en el paciente con compasión cristiana y preocupación personal. De acuerdo con nuestra misión, BAPTIST HEALTH ofrece asistencia financiera a pacientes elegibles. Baptist Health brindará atención de emergencia o médicamente necesaria a las personas independientemente de su capacidad de pago.

Los pacientes sin seguro (que no califican para ningún beneficio de salud gubernamental o de terceros) recibirán un descuento automático del 75% de sus cargos hospitalarios facturados. Baptist Health utiliza un método retrospectivo basado en los reclamos permitidos por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos al centro hospitalario durante un período anterior de 12 meses. El descuento se aplicará antes de que se envíe el estado de cuenta del paciente. Las preguntas sobre el descuento para personas sin seguro deben dirigirse a Servicios Financieros para Pacientes al (501) 202-3900.

Para asegurados o no asegurados, hay descuentos de asistencia financiera adicionales disponibles en una escala móvil basada en los niveles de ingresos de las Pautas Federales de Pobreza de Ingresos Actuales. Se puede proporcionar hasta el 100% de los cargos facturados en función de la finalización y evaluación de una Solicitud de Asistencia Financiera, con la documentación de respaldo requerida. La necesidad financiera no considera edad, género, raza, condición social o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. A los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no se les puede cobrar más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Baptist Health realizará una evaluación de la necesidad médica y la capacidad financiera y, según los resultados de la evaluación, podrá brindar atención gratuita o con descuento a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera según esta política. Baptist Health no retrasa la atención de los pacientes que tienen un saldo financiero vencido. Se seguirán los procedimientos estándar para determinar la elegibilidad.

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, se deben completar los siguientes pasos:

1. Responder todas las preguntas en su totalidad
2. Firme y feche la Solicitud de Asistencia Financiera
3. Ajuste una copia de toda la documentación (vea abajo)
4. Regrese la aplicación para Asistencia Financiera con la documentación requerida.

La aplicación debe ser regresada a:

**Baptist Health Customer Service, Patient Financial Aid Office, 11001 Executive Center Drive, Suite 100, Little Rock, AR 72211**

Si tiene preguntas, por favor llame al 501-202-3900.

Documentación requerida (como aplique):

Solicitud firmada de asistencia financiera;

- Si corresponde: Copia completa de la Declaración de Impuestos más reciente con anexos;
- Si el paciente no declara impuestos: comprobante de ingresos (talón de cheque, registro de nómina o carta del empleador);
- Si corresponde: Comprobante de discapacidad (carta de beneficios de la Administración del Seguro Social)
- En algunos casos, es posible que se requiera documentación adicional para determinar la elegibilidad.

Es posible que los pacientes que no proporcionen la información solicitada no sean elegibles para recibir asistencia financiera. Además, se espera que los pacientes que buscan asistencia financiera cooperen con cualquier esfuerzo para obtener otra cobertura de atención médica antes de determinar la asistencia financiera. Los solicitantes de todas las edades son elegibles para recibir asistencia financiera. Baptist Health también tiene software que utiliza información demográfica disponible públicamente para determinar la elegibilidad presunta de los pacientes que no responden a las ofertas de asistencia financiera. El hospital intenta comunicarse verbalmente con los pacientes para informarles sobre la asistencia financiera.

Esta política se aplica a la mayoría de los cargos, pero no se aplicará a Radiology Consultants, Pathology Labs of Arkansas ni a ningún otro servicio externo.

Si cree que puede ser elegible para recibir asistencia financiera, solicite una solicitud a su representante de admisiones. La solicitud también se puede solicitar:

Por teléfono: Patient Financial Services al (501) 202-3900

Por escrito: Patient Financial Aid Office, 11001 Executive Center Drive, Suite 100, Little Rock, AR 72211

Este resumen en lenguaje sencillo de las pautas de asistencia financiera también está disponible en español previa solicitud o en el siguiente enlace a nuestro sitio web.

La política de asistencia financiera de BAPTIST HEALTH, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud están disponibles para el público en todas las instalaciones y en la web en [www.baptist-health.com/patients-visitors/insurance-financial-assistance/](http://www.baptist-health.com/patients-visitors/insurance-financial-assistance/)

---

### FOR HOSPITAL USE

Baptist Health Org# \_\_\_\_\_

Dept. \_\_\_\_\_

Case# \_\_\_\_\_

User ID# \_\_\_\_\_

# APLICACIÓN PARA ASISTENCIA:

Antes de que pueda ser considerada debe de traer su delcaración de impuestos más reciente.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## MIEMBROS EN CASA:

	Nombre	Edad	Empleador	Relación al Paciente
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

## INGRESOS: Lista de Ingreso Bruto Total del Hogar Para:

Últimos doce meses

Salarios .....	_____
Granja/Empleo Propio .....	_____
Asistencia Pública .....	_____
Seguro Social .....	_____
Desempleo .....	_____
Compensación de Trabajador .....	_____
Beneficios de H uelga .....	_____
Pensión Alimenticia .....	_____
Manutención Infantil .....	_____
Asignaciones para Familias Militares .....	_____
Pensiones .....	_____
Ingreso de Dividendos, Interéses, Renta, Etc.....	_____
Otros .....	_____

## GASTOS: Liste Todos los Gastos Como Se Sugiere Abajo:

Costo Promedio

Pagos Mensuales

Médico y Dental .....	_____	_____
Cuidado de Niños.....	_____	_____
Renta o Hipoteca.....	_____	_____
Impuestos de Propiedad (si no está incluida en la hipoteca).....	_____	_____
Teléfono.....	_____	_____
Electricidad.....	_____	_____
Gas.....	_____	_____
Agua .....	_____	_____
Comida.....	_____	_____

## OTROS GASTOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LISTE TODOS LOS CARROS, CAMIONES, BOTES, CASAS MOBILES, CAMPERS, MOTOCICLETAS O OTROS VEHÍCULOS:**

	Marca	Modelo	Año	Pagos Mensuales	Saldo de Préstamo
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____

¿Es usted o algún miembro de su hogar propietario de bienes raíces u otras propiedades, incluidas viviendas, terrenos o edificios? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si es SI, por favor provea información sobre el valor de la casa, cualquier cantidad que se deba, y como es usada la propiedad.

VALOR \_\_\_\_\_ CANTIDAD QUE SE DEBE \_\_\_\_\_

	SI	NO
¿Es esta una propiedad de renta?	_____	_____
¿Tiene seguro de salud?	_____	_____
¿Tiene seguro de ingresos por discapacidad?	_____	_____

Si es SI al seguro de salud o seguro de ingresos por discapacidad, por favor lístelo:

NOMBRE DEL PAGADOR \_\_\_\_\_

NÚMERO DE POLÍTICA \_\_\_\_\_

AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. AUTORIZO A BAPTIST HEALTH/ARKANSAS HEALTH GROUP A OBTENER UNA COPIA DE MI INFORME DE CRÉDITO SI LO CONSIDERO NECESARIO PARA AYUDAR A DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA FINANCIERA.

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona Solicitando Asistencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR HOSPITAL USE**

APROBADA

DENEGADO

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

CUENTA 1 \_\_\_\_\_

CUENTA 3 \_\_\_\_\_

CUENTA 5 \_\_\_\_\_

CUENTA 2 \_\_\_\_\_

CUENTA 4 \_\_\_\_\_

CUENTA 6 \_\_\_\_\_



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para ser elegible para recibir asistencia, se deben completar los siguientes requisitos del formulario de asistencia financiera:

- Adjunte la copia requerida de su declaración de impuestos completa más reciente.
  - o una carta de beneficiario del seguro social
  - u otra prueba de ingreso
- Traiga tres (3) meses de Estados de Cuenta del Banco.
- Responda a todas las preguntas completamente.
- Firme y agregue la fecha de la Aplicación de Asistencia en la página 2.
- Regrese la Aplicación de Asistencia con la declaración actual de impuestos en un sobre con su dirección.

**ENVÍE POR CORREO A: Baptist Health/Arkansas Health Group Customer Service  
11001 Executive Center Drive, Suite 100  
Little Rock, AR 72211**

Esta Solicitud esta disponible en Español, en la página de internet del hospital Baptist Health/Arkansas Health Group.

La dirección de internet es: [www.baptist-health.com](http://www.baptist-health.com)

O llamenos a: (501) 202-3900.

**POR FAVOR DEVUELVA LA INFORMACIÓN DE  
LA SOLICITUD DE INMEDIATO PARA EVITAR  
DECLARACIONES ADICIONALES.**