



Orange City Area  
Health System

1000 Lincoln Circle SE  
Orange City, LA 51041

Estimado solicitante,

Se adjunta el paquete de información que debe completar para ser considerado para recibir asistencia financiera de Orange City Area Health System. Por favor, devuelva la declaración de divulgación finalizada. Puede incluir cualquier información adicional que considere útil para nosotros. El programa de asistencia financiera no cubre los servicios electivos.

**\*\* SE REQUIERE COMPROBANTES DE LOS INGRESOS \*\***

Se necesita la siguiente información para considerar su solicitud:

- ¿Ha consultado con el Departamento de Servicios Humanos para ver si califica para recibir asistencia médica? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no*  
*En caso afirmativo, ¿calificó? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no*
- 3 meses de extractos bancarios antes de la fecha de solicitud.
- Se requiere una copia de su declaración de impuestos federales más reciente. Si no presenta declaraciones de impuestos, necesitamos los recibos de nómina de los últimos tres meses, así como su formulario W-2 más reciente. **Se requiere comprobantes de los ingresos.**

\* Si usted tiene cualquiera pregunta con respecto a esta solicitud, por favor póngase en contacto con:

Asistencia Financiera

(712)737-5200

Si necesita ayuda para completar esta solicitud. Comuníquese con nosotros al 712-737-2000 y solicite servicios de intérpretes. ¡Gracias!



## Resumen de la póliza de asistencia financiera

Orange City Area Health System tiene una amplia póliza de asistencia financiera. Ofrecemos asistencia financiera para servicios de emergencia y medicamento necesarios. Esta ayuda, abarca desde una reducción en el monto del saldo pendiente hasta la condonación completa del saldo pendiente, se ofrece a los pacientes que demuestran necesidad financiera.

La asistencia se proporciona con un descuento de escala móvil basado en el ingreso familiar total verificable como un porcentaje de la directriz federal del nivel de pobreza (FPL). Consulte la siguiente tabla:

Ingreso familiar anual	Descuento mínimo
225% o menos del nivel federal de pobreza (FPL) por sus siglas en inglés	100%
226% - 275%	75%
276% - 325%	50%
326 - 375%	25%
376% o superior del nivel federal de pobreza (FPL) por sus siglas en inglés	0%

Para aquellos pacientes con ingresos que oscilan entre el 226% y el 375% del nivel federal de pobreza, recibirán una reducción parcial del monto del saldo pendiente. El saldo restante después del ajuste no será mayor que la cantidad generalmente facturada por Orange City Area Health System y será la cantidad que el paciente será personalmente responsable de pagar.

**Circunstancias financieras excepcionales:** Si el ingreso total de su hogar excede el máximo del 375 por ciento de la directriz federal de nivel de pobreza (FPL), pero ha proporcionado documentación adicional para respaldar las dificultades que su condición médica ha causado para usted y su familia, se le considerará caso particular para obtener la asistencia.

**Anuncio de disponibilidad de nuestra póliza:** Se hará todo lo posible para identificar a los pacientes que necesitan asistencia a la mayor brevedad posible. Orange City Area Health System dará amplia publicidad al programa a través de (1) letreros en las áreas de registro

en nuestros hospitales y clínicas, (2) pólizas, resumen y solicitudes disponibles en el sitio web de Orange City, (3) materiales informativos proporcionados Area Health System, (4) estados de cuenta de los pacientes al paciente y su familia, y (5) proveedores de atención médica y personal que identifique pacientes con posibles necesidades financieras. **Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles en inglés y español.**

**Servicios cubiertos por una solicitud de asistencia financiera:** Una solicitud de asistencia financiera aprobada cubrirá los gastos por atención de emergencia y medicamento necesaria proporcionada. Podemos considerar cobros por servicios prestados después de nuestra fecha de aprobación por hasta 12 meses sin requerir que se complete una nueva solicitud.

**Actividades extraordinarias de cobranza:** Orange City Area Health System no participará en actividades de cobranza extraordinarias, como juicios o embargos, antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si una persona que tiene una cuenta pendiente de pago es elegible para recibir asistencia financiera.

Orange City Area Health System solicita pagos por completo dentro de los 28 días posteriores a su primer estado de cuenta. Sin embargo, a los pacientes que indiquen una incapacidad para pagar en un solo pago se les ofrecerá un plan de pago de hasta 18 meses. En caso de falta de pago, podemos mandar la cuenta a agencias de cobros de terceros. Orange City Area Health System dicta que el proveedor de cobros externo no puede realizar actividades extraordinarias de cobranza hasta que el saldo sea de al menos 241 días después de la primera fecha de estado de cuenta de auto pago.

**Cómo obtener una solicitud o copia de nuestra póliza:** Puede obtener una solicitud o una copia de nuestra póliza visitando nuestro sitio web en <https://www.ochealthsystem.org>. Si no tiene acceso a Internet, puede comunicarse con un especialista en cuentas de pacientes en nuestras oficinas de Servicios Financieros para Pacientes al 712-737-5200 o al 1-800-808-6264.



Nombre \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
 Nombre completo de los dependientes y edad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enumere toda la siguiente información en lo que respecta a su estado financiero actual. Envíe cualquier verificación de la información que pueda estar disponible.

**INFORMACIÓN FINANCIERA ADICIONAL**

**BIENES**

- 1. Cuentas y pagarés por cobrar para usted de otros \$ \_\_\_\_\_
- 2. Inversiones (Acciones, Bonos, Valores, etc.) \$ \_\_\_\_\_
- 3. Bienes Raíces \$ \_\_\_\_\_
- 4. Automóvil – Año/Tipo \$ \_\_\_\_\_
- 5. Otros bienes personales \$ \_\_\_\_\_
- 6. Otros activos: Cuenta bancaria Ahorros \$ \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_

**ACTIVOS TOTALES**

*POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA MÁS RECIENTE / COMPLETADA PARA RESPALDAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.*

**INGRESOS**

- 1. Ingreso mensual total (Por favor, adjunte un cronograma detallado) \$ \_\_\_\_\_
  - 2. Ingreso mensual total del cónyuge \$ \_\_\_\_\_
  - 3. Otros Ingresos Mensuales: Alquiler/Arrendamiento, Comisiones, bonos, dividendos, etc. \$ \_\_\_\_\_
  - 4. Desempleo mensual (si corresponde) \$ \_\_\_\_\_
- INGRESOS TOTALES** \$ \_\_\_\_\_

**DEUDAS**

- 1. Monto de todas las facturas de OCAHS Y la clínica médica OC \$ \_\_\_\_\_
- 2. Montos de otras facturas médicas \$ \_\_\_\_\_
- 3. Cuentas por pagar a bancos u otras instituciones financieras \$ \_\_\_\_\_
- 4. Cuentas por pagar a terceros \$ \_\_\_\_\_
- 5. Hipotecas sobre bienes raíces \$ \_\_\_\_\_
- 6. Hipotecas sobre otras propiedades \$ \_\_\_\_\_
- 7. Facturas de tarjetas de crédito \$ \_\_\_\_\_
- 8. Cuentas y facturas por pagar \$ \_\_\_\_\_
- 9. Impuesto sobre la renta y/o intereses no pagados \$ \_\_\_\_\_
- 10. Todas otras deudas o responsabilidades (Por favor, adjunte un cronograma detallado) \$ \_\_\_\_\_

**DEUDAS TOTALES**

¿Es propietario o alquila su casa? \_\_\_\_\_  
¿Mensualidad? \$ \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Approved _____	Denied _____
Comments _____	
_____	
_____	

