



# **Solicitud de Asistencia Financiera**

Atlantic General Hospital y Atlantic General Health System

ATENCIÓN: Financial Assistance, Box # 66

9733 Healthway Drive

Berlin, MD 21811-1155

410-629-6025 Oficina

410-641-9210 Fax

[www.atlanticgeneral.org](http://www.atlanticgeneral.org)

Atlantic General Hospital • 9733 Healthway Drive • Berlin, Maryland 21811  
TEL: 410-641-1100 • <http://www.atlanticgeneral.org>



## Resumen sobre la asistencia financiera

Resumen en lenguaje sencillo

### **Obligaciones y derechos del paciente relacionados con las cuentas del Hospital**

Para los pacientes con la capacidad de pagar, es su obligación pagar su cuenta de forma puntual. Si no cumplen con esta obligación, pueden ser derivados a una agencia de cobranza. Si un paciente cree que se le ha derivado erróneamente a una agencia de cobranza, tiene el derecho de contactar al hospital al [410-641-9101](tel:410-641-9101) para obtener más información. Si un paciente no está asegurado o tiene poco seguro, asistencia financiera (FA) puede estar disponible. Hay ciertos criterios que deben cumplirse para calificar para la FA. Si un paciente solicita FA, es su responsabilidad proporcionar toda la información requerida y documentos de respaldo al hospital para que se pueda determinar su elegibilidad. La asistencia financiera parcial o completa será otorgada en base a la capacidad del paciente para pagar los cargos facturados. La siguiente información resume la Política de Asistencia Financiera de Atlantic General Hospital. Para obtener más información relacionada con la FA, llame al [410-629-6025](tel:410-629-6025) o visite el sitio web de AGH: <http://www.atlanticgeneral.org/fap>

### **Descripción general**

Es política de Atlantic General Hospital/Health System proporcionar los servicios médicamente necesarios sin cargo o a un costo reducido a todas las personas elegibles, que no pueden pagar, conforme a las directrices del Hospital. Atlantic General Hospital define toda atención en la sala de emergencia como médicamente necesaria aun cuando las decisiones de las empresas de seguro puedan estar en conflicto con esta decisión.

A una persona elegible para FA no se le puede cobrar más de las cantidades generalmente facturadas (AGB) para emergencia u otra atención médicamente necesaria. La elegibilidad para la asistencia financiera se basa en varios factores, incluyendo el ingreso (vea las pautas del nivel de pobreza federal abajo), el número de personas en el hogar, bienes y cualquier consideración especial que el paciente quisiera que se considerara.

Los pacientes pueden ser elegibles para Asistencia Médica u otra asistencia pública. Los pacientes pueden solicitar el servicio en su Departamento local de Servicios Sociales o en línea. Puede obtener la información y las solicitudes en los siguientes sitios web del estado: <https://mmcp.dhmm.maryland.gov> (MD), <http://dhss.delaware.gov> (DE), <http://www.dmas.virginia.gov> (VA). Los residentes de Maryland pudieran solicitar la asistencia con el Programa de Salud para Niños de MD si dicha asistencia es para un niño o mujer embarazada. Los pacientes también pueden solicitar los programas de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) o de Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB) si necesitan asistencia con las primas de Medicare.

***Los servicios proporcionados por los médicos durante su estancia serán cobrados por separado y no están incluidos en su estado de cuenta del hospital.***

### **¿Soy elegible?**

AGH toma como base para la asistencia financiera el nivel de ingresos del paciente que esté dentro de estos límites:

- De 0% a 200% de las pautas del nivel de pobreza federal - reducción del 100% para el cuidado médicamente necesario.
- Entre el 201% y 225% de las pautas del nivel de pobreza federal - costo reducido del cuidado médicamente necesario al 75%.
- Entre el 226% y 250% de las pautas del nivel de pobreza federal - costo reducido del cuidado médicamente necesario al 50%.
- Entre el 251% y 300% de las pautas del nivel de pobreza federal - costo reducido del cuidado médicamente necesario al 25%.

Una solicitud se considera elegible para el 100% de asistencia financiera si un paciente está inscrito en un programa de comprobación de ingresos, como:

- Almuerzo escolar reducido/gratis
- SNAP (vales para alimentos)
- MEAP (asistencia de energía)
- WIC

Existen otras circunstancias donde la asistencia financiera se puede aplicar automáticamente. Para obtener más información, llame al [410-629-6025](tel:410-629-6025).

### **¿Cómo puedo solicitar asistencia financiera?**

Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera uniforme en línea en: <http://www.atlanticgeneral.org/fap>. Esta solicitud también se puede obtener en cualquier área de registro de Atlantic General Hospital (9733 Healthway Drive, Berlin, MD 21811) o en la oficina de Contabilidad del Paciente (10026 Old Ocean City Blvd, Unit 6, Berlin, Maryland 21811). Este formulario, la solicitud y la política de FA están disponibles a pedido y son gratuitos. Estos formularios también están disponibles en español y en letra grande.

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA – HOJA IMPORTANTE**  
**POR FAVOR ASEGÚRESE DE LEER ESTA PÁGINA COMPLETA**

Atlantic General Hospital y Atlantic General Health System ofrecen un programa de asistencia financiera para pacientes que tienen una factura que es responsabilidad del paciente, por servicios médicamente necesarios, que no pueden pagar.

Hay una tabla de pautas de ingresos disponible para determinar si usted sería o no elegible para el programa de asistencia financiera.

A fin de ser elegible para asistencia financiera, un paciente debe tener un número de seguro social, visa o permiso de residencia válidos, y los pacientes deben presentar su solicitud dentro de los 240 días posteriores a la fecha en que recibieron su primera factura que es responsabilidad del paciente.

Un paciente y sus dependientes reclamados obtienen la aprobación de forma automática para recibir asistencia financiera del 100% para servicios médicamente necesarios si el paciente o un dependiente tienen un programa de medios comprobados, como cupones de alimentos, asistencia energética, asistencia para vivienda, WIC, almuerzos escolares gratuitos o reducidos o SLMB. Todo lo que el paciente tiene que hacer es brindar una prueba de que actualmente cuenta con uno de esos programas comprobados.

Si el paciente y sus dependientes no tienen ningún programa de medios comprobados, entonces él/ella debe presentar una solicitud de asistencia financiera, su declaración de impuestos federales más reciente (1040) y una prueba de todos sus ingresos brutos de los últimos 12 meses, de todas las personas que figuran en el documento 1040.

Los ingresos incluyen empleo, seguro social, discapacidad, desempleo, trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler, jubilación, pensión, etc.

El programa de asistencia financiera se basa en el tamaño de la familia según la declaración de impuestos federales del paciente (1040) y el ingreso bruto de toda la familia durante los últimos doce (12) meses.

El paciente debe enviar la solicitud de asistencia financiera y/o los documentos financieros a:

Atlantic General Hospital  
**ATENCIÓN: Financial Assistance, Box #66**  
9733 Healthway Drive  
Berlin, MD 21811

La solicitud y/o los documentos financieros también se pueden enviar por fax al 410-641-9210 o los puede entregar en la Oficina de Asistencia Financiera en el Registro Central, Atlantic General Hospital - Sala de Emergencias, 9733 Healthway Drive, Berlin, MD 21811.

El paciente debe presentar la solicitud de asistencia financiera y los documentos necesarios lo más pronto posible. Si no se reciben todos los documentos necesarios dentro de las tres (3) semanas posteriores a la fecha en que se recibió la solicitud, se podría denegar tal solicitud y el paciente será responsable de la factura.

Si un paciente parece ser elegible para recibir la Asistencia Médica Estatal, entonces él/ella debe solicitar y obtener los resultados antes de que podamos finalizar su solicitud de asistencia financiera.

Los pacientes pueden ser aprobados para recibir asistencia financiera del 100%, 75%, 50% o 25% - - - para servicios médicamente necesarios.

Si un paciente y sus dependientes reclamados tienen facturas de Atlantic General Hospital que totalizan más del 25% del ingreso familiar total durante los últimos doce meses, cada dependiente que figure en la declaración de impuestos podría ser elegible para dificultades de asistencia financiera.

Una vez que se haya procesado la solicitud de asistencia financiera, se enviará al paciente una carta con los resultados.

El programa de asistencia financiera de Atlantic General Hospital no es un seguro. Cubre facturas de Atlantic General Hospital y de Atlantic General Health System (médicos, cirujanos, hospitalistas, anestesiólogos, etc. que trabajan para AGH) por servicios médicamente necesarios, si el paciente no puede pagar la factura y es elegible para el programa de asistencia financiera. No incluye facturas de otros proveedores como Emergency Service Associates, Delmarva Radiology, Peninsula Pathology, Delmarva Heart, etc. El paciente debe llamar a estas compañías y preguntar sobre sus programas de asistencia.

Cada vez que el paciente recibe una factura de Atlantic General Hospital o de Atlantic General Health System, debe llamar al número que figura en dicha factura y hablar sobre sus opciones.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera, llame a nuestro Asesor Financiero al 410-629-6025.

Vigente desde el 14 de enero de 2019

**Tabla 1**

**Escala de ingresos para asistencia financiera de AGH basada en las Pautas federales de pobreza**

% de Asistencia financiera (FA)		100%	75%	50%	25%
Personas en la familia / Hogar	Ingresos de 2019 basados en las Pautas federales de pobreza	Ingreso múltiple			
		Hasta 200%	201% hasta 225%	226% hasta 250%	De 251% a 300%
1	\$12,490	\$24,980	\$28,103	\$31,225	\$37,470
2	\$16,910	\$33,820	\$38,048	\$42,275	\$50,730
3	\$21,330	\$42,660	\$47,993	\$53,325	\$63,990
4	\$25,750	\$51,500	\$57,938	\$64,375	\$77,250
5	\$30,170	\$60,340	\$67,883	\$75,425	\$90,510
6	\$34,590	\$69,180	\$77,828	\$86,475	\$103,770
7	\$39,010	\$78,020	\$87,773	\$97,525	\$117,030
8	\$43,430	\$86,860	\$97,718	\$108,575	\$130,290

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,530 por cada persona adicional

**Tabla 2**

**Escala de ingresos para asistencia por dificultades médicas de AGH basada en las Pautas federales de pobreza**

% de Asistencia financiera (FA)		100%	75%	50%	25%
Personas en la familia / Hogar	Ingresos de 2019 basados en las Pautas federales de pobreza	Ingreso múltiple			
		Hasta 200%	300%	400%	500%
1	\$12,490	\$24,980	\$37,470	\$49,960	\$62,450
2	\$16,910	\$33,820	\$50,730	\$67,640	\$84,550
3	\$21,330	\$42,660	\$63,990	\$85,320	\$106,650
4	\$25,750	\$51,500	\$77,250	\$103,000	\$128,750
5	\$30,170	\$60,340	\$90,510	\$120,680	\$150,850
6	\$34,590	\$69,180	\$103,770	\$138,360	\$172,950
7	\$39,010	\$78,020	\$117,030	\$156,040	\$195,050
8	\$43,430	\$86,860	\$130,290	\$173,720	\$217,150

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,530 por cada persona adicional

*\*La disposición de dificultades médicas del Atlantic General Hospital se aplica a los pacientes cuyo ingreso familiar se encuentra entre el 0% y el 500% de las Pautas federales de pobreza. Las dificultades médicas se definen cuando el total de las facturas del Atlantic General Hospital del hogar supera el 25% del ingreso familiar anual de tal hogar. Si el paciente califica bajo la Tabla 1 y la Tabla 2, se brindará la cantidad más favorable de asistencia financiera.*



# Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland

## I. Ingreso Familiar

Indique el importe de su ingreso mensual de todas las fuentes. Se le puede requerir que suministre prueba de ingresos, activos y gastos. Si no tiene ingresos, proporcione una carta de apoyo de la persona que proporciona alojamiento y comidas.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios de pensión/retiro	_____
Beneficios de seguro social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios de Discapacidad	_____
Beneficios de Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensión Alimentaria	_____
Ingreso de la Propiedad	_____
Beneficios de huelga	_____
Beneficios Militares	_____
Granja o autoempleo	_____
Otra fuente de ingresos	_____
<b>Total</b>	_____

## II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta Corriente	_____
Caja de Ahorros	_____
Acciones, bonos, CD o mercado de dinero	_____
Otras cuentas	_____
<b>Total</b>	_____

## III. Otros Activos

Si posee algunos de los siguientes elementos, indique el tipo y el valor aproximado.

Casa	Saldo Préstamo _____	Valor Aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otra propiedad		Valor aproximado _____
<b>Total</b>		_____

## IV. Gastos Mensuales

	Importe
Renta o Hipoteca	_____
Servicios	_____
Pago automóvil	_____
Tarjeta de Crédito	_____
Seguro del automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
<b>Total</b>	_____

¿Tiene alguna otra factura médica impaga?      Sí      No  
 ¿Para qué Servicio? \_\_\_\_\_  
 Si ha coordinado un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? \_\_\_\_\_

Si solicita que el hospital le brinde asistencia financiera adicional, el hospital puede solicitar información adicional, a fin de realizar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, certifica que la información proporcionada es verdadera y acuerda avisar o notificar al hospital de todo cambio a la información proporcionado en el plazo de los diez (10) días del cambio.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con paciente