***2023***

***Solicitud***

***de asistencia***

***financiera***

Atlantic General Hospital

**ATN: Asistencia financiera, casilla N.º 66**

9733 Healthway Drive

Berlín, MD 21811-1155

-------------------------------

410-629-6025 oficina

410-641-0417 fax

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

Resumen de la asistencia financiera

Resumen en lenguaje llano

**Obligaciones y derechos del paciente en relación con las facturas del hospital**

Todo paciente con capacidad de pago tiene la obligación de pagar su factura en su debido momento. Si incumple esta obligación, su caso puede remitirse a una agencia de cobros. Si el paciente cree que han remitido su caso erróneamente a la agencia de cobros, tiene derecho a llamar al hospital para obtener más información al 410-629-6025. Si el paciente no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente, puede disponer de asistencia financiera (AF). Hay ciertos criterios que deben cumplirse para poder optar a la AF. Si el paciente solicita la AF, es su responsabilidad proporcionar toda la información requerida y los documentos de respaldo al hospital para determinar su elegibilidad. Se concederá asistencia financiera parcial o total en función de la capacidad del paciente para pagar los gastos facturados. La siguiente información resume la política de asistencia financiera de Atlantic General Hospital. Para más información sobre la AF, llame al 410-629-6025 o visite el sitio web de Atlantic General Hospital (AGH):<http://www.atlanticgeneral.org/fap>

**Reseña**

La política de Atlantic General Hospital/Health System es prestar los servicios médicamente necesarios de forma gratuita o a un costo reducido a todas las personas elegibles que no puedan pagar, de acuerdo con las directrices del hospital. Atlantic General Hospital define toda la atención en urgencias como médicamente necesaria, aunque las decisiones de las compañías de seguros puedan entrar en conflicto con esta decisión.

A la persona elegible para la AF no se le puede cobrar más de los importes generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en varios factores, tales como los ingresos (véanse las directrices sobre el nivel federal de pobreza más abajo), el tamaño de la unidad familiar, los activos y cualquier consideración especial que el paciente desee que se tenga en cuenta.

Los pacientes pueden optar a la asistencia médica u otro tipo de asistencia pública. Los pacientes pueden presentar su solicitud en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad o por Internet. La información y las solicitudes están disponibles en los siguientes sitios web estatales: [**https://health.maryland.gov**](https://health.maryland.gov)

**(MD),** [**https://dhss.delaware.gov/dhss/dss/medast.html**](https://dhss.delaware.gov/dhss/dss/medast.html) **(DE),** [**https://www.dmas.virginia.gov/for-applicants**](https://www.dmas.virginia.gov/for-applicants) [**(**](http://www.dmas.virginia.gov/)**VA).** Los residentes en Maryland podrían solicitar ayuda al Programa de Salud Infantil de Maryland (MD Children’s Health Program) si la asistencia es para un niño o una mujer embarazada. Los pacientes también pueden solicitar los programas de beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o de determinados bajos ingresos de Medicare (Specified Low Income Medicare, SLMB) si necesitan asistencia con el pago de las primas de Medicare.

***Los servicios médicos prestados durante la hospitalización se facturarán por separado y no se incluyen en el extracto de facturación del hospital.***

**¿Soy elegible?**

AGH basa la asistencia financiera en que el nivel de ingresos del paciente se encuentre dentro de estos márgenes:

* Del 0 % al 200 % de las directrices federales de pobreza: reducción del 100 % para los cuidados médicamente necesarios
* Entre el 201 % y el 225 % de las directrices federales de pobreza: costo reducido para los cuidados médicamente necesarios al 75 %.
* Entre el 226 % y el 250 % de las directrices federales de pobreza: costo reducido para los cuidados médicamente necesarios al 50 %.
* Entre el 251 % y el 300 % de las directrices federales de pobreza: costo reducido para los cuidados médicamente necesarios al 25 %.

Se considera que la solicitud califica para recibir el 100 % de la asistencia financiera si el paciente está inscrito en un programa de recursos comprobados, por ejemplo:

• Comidas escolares a menor costo o gratuitas • SNAP (cupones para alimentos) • MEAP (asistencia energética) • WIC

Hay otras circunstancias en las que la asistencia financiera se aplica automáticamente. Para más información, llame al 410-629-6025.

**¿Cómo hago la solicitud?**

La solicitud de asistencia financiera uniforme se encuentra en línea en:<http://www>[.atlanticgeneral.org/fap.](http://www.atlanticgeneral.org/fap) También se consigue en cualquier área de Registro de Atlantic General Hospital (9733 Healthway Drive, Berlín, MD 21811) o en la Oficina de Contabilidad a Pacientes (10026 Old Ocean City Blvd, Unit 6, Berlín, Maryland 21811). Este formulario, la solicitud y la política de asistencia financiera están disponibles previa petición y de forma gratuita. Estos formularios también están disponibles en español y en letra grande.

Si desea presentar una queja contra el Atlantic General Hospital por una presunta infracción de su política de asistencia financiera, escriba a la Comisión de Revisión de Costos de Servicios Médicos en la siguiente dirección [hscrc.patient-complaints@maryland.gov](mailto:hscrc.patient-complaints@maryland.gov).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atlantic General Hospital | | |  |  |  |
| Programa de asistencia financiera | |  |  |  |  |
| **DIRECTRICES SOBRE INGRESOS** | | | | | |
| En vigencia a partir del 19 de enero de 2023 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Tabla 1** | | | | | |
| **Escala de ingresos para la asistencia financiera de AGH basada en las directrices federales de pobreza** | | | | | |
| **Asistencia financiera (AF) %** | | 100 % | 75 % | 50 % | 25 % |
| **Familiares / integrantes del núcleo familiar** | **Directrices federales de pobreza 2023** | **Varios ingresos** | | | |
| **Hasta 200 %** | **201 % hasta 225 %** | **226 % hasta 250 %** | **251 % - 300 %** |
| 1 | $14,580 | $29,160 | $32,805 | $36,450 | $43,740 |
| 2 | $19,720 | $39,440 | $44,370 | $49,300 | $59,160 |
| 3 | $24,860 | $49,720 | $55,935 | $62,150 | $74,580 |
| 4 | $30,000 | $60,000 | $67,500 | $75,000 | $90,000 |
| 5 | $35,140 | $70,280 | $79,065 | $87,850 | $105,420 |
| 6 | $40,280 | $80,560 | $90,630 | $100,700 | $120,840 |
| 7 | $45,420 | $90,840 | $102,195 | $113,550 | $136,260 |
| 8 | $50,560 | $101,120 | $113,760 | $126,400 | $151,680 |
| Para familias/hogares con más de 8 personas, sume $5,140 por cada persona adicional. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Tabla 2** | | | | | |
| **Escala de ingresos para la asistencia por dificultades económicas de AGH basada en las directrices federales de pobreza** | | | | | |
| **Asistencia financiera (AF) %** | | 100 % | 75 % | 50 % | 25 % |
| **Familiares / integrantes del núcleo familiar** | **Directrices federales de pobreza 2023** | **Varios ingresos** | | | |
| **Hasta 200 %** | **300 %** | **400 %** | **500 %** |
| 1 | $14,580 | $29,160 | $43,740 | $58,320 | $72,900 |
| 2 | $19,720 | $39,440 | $59,160 | $78,880 | $98,600 |
| 3 | $24,860 | $49,720 | $74,580 | $99,440 | $124,300 |
| 4 | $30,000 | $60,000 | $90,000 | $120,000 | $150,000 |
| 5 | $35,140 | $70,280 | $105,420 | $140,560 | $175,700 |
| 6 | $40,280 | $80,560 | $120,840 | $161,120 | $201,400 |
| 7 | $45,420 | $90,840 | $136,260 | $181,680 | $227,100 |
| 8 | $50,560 | $101,120 | $151,680 | $202,240 | $252,800 |
| Para familias/hogares con más de 8 personas, sume $4,720 por cada persona adicional. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| *\* La disposición sobre dificultades médicas de Atlantic General Hospital se aplica a los pacientes cuyos ingresos familiares se sitúan entre el 0 % y el 500 % de las directrices federales de pobreza. Se entiende por dificultades económicas cuando las facturas totales del Atlantic General Hospital superan el 25 % de los ingresos familiares anuales de la unidad familiar. Si el paciente reúne los requisitos tanto de la tabla 1 como de la tabla 2, se le concederá la asistencia financiera más favorable.* | | | | | |

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA: HOJA INFORMATIVA

**Elegibilidad:** El paciente debe tener un número de la seguridad social, visa o tarjeta de residencia válidos y cumplir las directrices sobre ingresos. Debe presentar la solicitud en un plazo de 240 días, contados a partir de la recepción de la primera factura a cargo del paciente. Si el paciente califica para la Asistencia Médica del Estado, entonces debe postularse y obtener los resultados antes de que podamos finalizar su solicitud de asistencia financiera.

**Determinación:** El programa de asistencia financiera se basa en el tamaño de la familia según la declaración de la renta federal del paciente (1040) y los ingresos ***brutos*** de toda la unidad familiar durante los últimos doce (12) meses. El paciente y los dependientes que declare recibirán automáticamente asistencia financiera del 100 % para los servicios médicamente necesarios, si el paciente o un dependiente demuestran estar acogidos a un programa de comprobación de recursos económicos.

**Lista de comprobación: Presente los siguientes documentos lo antes posible.**

**OPCIÓN N.º 1 aportar pruebas de un programa de comprobación de recursos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de formulario** | **Notas** |
| Prueba de programas de comprobación de recursos | Cupones de alimentos, Asistencia Energética de Maryland, Programa Especial de alimentos suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants & Children, WIC), Programa para Determinados Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (Specified low-Income Medicare Beneficiary Program, SLMB), almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido, asistencia a la vivienda o Programa de Asistencia con Medicamentos Recetados a las Personas de la Tercera Edad. |

**OPCIÓN N.º 2 facilite toda la siguiente información financiera:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de formulario** | **Notas** |
| Declaración de impuesto federal sobre la renta (formulario 1040) | Última declaración de impuesto federal sobre la renta (formulario 1040); no necesitamos su declaración del impuesto estatal sobre la renta. |
| Prueba de todos los ingresos de todas las personas que figuran en el formulario 1040 | Cuatro (4) últimas nóminas y documentos de respaldo de seguridad social, invalidez, pensión, jubilación, anualidades, desempleo del año hasta la fecha, etc. Si trabaja por cuenta propia, un informe de ganancias y pérdidas del año hasta la fecha. |
| Estados de cuenta bancarias | Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses de cada cuenta (corriente, de ahorro, del mercado monetario, IRA, etc.) |

**NOTA IMPORTANTE: Podemos solicitar información adicional en cualquier momento durante el proceso de solicitud.**

**Presentación:** la solicitud y los documentos de respaldo pueden enviarse por correo a la dirección que figura a continuación. También puede enviarlos por fax al 410-641-9515, o entregarse en Atlantic General Hospital - Emergency Room Main Entrance, ATN: Asistencia financiera, casilla N.º 66

Atlantic General Hospital

**ATN: Asistencia financiera, casilla N.º 66**

9733 Healthway Drive

Berlín, MD 21811

**Últimos pasos:**  una vez tramitada la solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo, se enviará al paciente una carta con los resultados. Tenga en cuenta que, si falta documentación de respaldo, la solicitud quedará en espera. Los pacientes disponen de tres (3) semanas, contadas a partir de la fecha de recepción de la solicitud para presentar todos los documentos restantes y necesarios.

Independientemente de la asistencia financiera, los pacientes deben llamar al número que figura en el reverso de cada factura recibida, para analizar las opciones.

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

El programa de asistencia financiera de Atlantic General Hospital no es un seguro. Cubre las facturas de Atlantic General Hospital, Atlantic General Health System (médicos, cirujanos, hospitalistas, anestesistas, que estén empleados por AGH) y Atlantic General Hospital Corporation por los servicios médicamente necesarios. No incluye las facturas de otros proveedores como Emergency Service Associates, Delmarva Radiology, Peninsula Pathology, Delmarva Heart, etc. El paciente debe llamar a estas empresas e informarse sobre sus programas de asistencia.

|  |
| --- |
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA - FECHA DE RECIBO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Solicitud de ayuda financiera uniforme del estado de Maryland

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Información sobre usted*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente: | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | *Primero* | | | | | | | | | | *Segundo* | | | | *Apellido* | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de Seguridad Social: | | | |  | - |  | - | |  | | Estado civil:  Soltero  Casado  Separado | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | Ciudadano estadounidense:  Sí  No | | | | | | | | | Residente permanente:  Sí  No | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del hogar: | | |
|  | | | *Dirección física* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | |  |  | | | | (     )       - | |
| *Ciudad* | | | | | *Estado* | | | | | *Código postal* | *País* | | | | *(Código de área) ### - ####* | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empleador: | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | *Nombre del empleador* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono de oficina: | |
| *Dirección física* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  |  | | | | (     )       - | |
| *Ciudad* | | | | | *Estado* | | | | | *Código postal* | *País* | | | | *(Código de área) ### - ####* | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Integrantes del núcleo familiar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | |  | | *Edad* | |  | *Parentesco* | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha solicitado asistencia médica?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud?      /     /      (MM/DD/YY) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿cuál fue la decisión? | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Recibe algún tipo de asistencia estatal o del condado?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Envíe la solicitud completa y los documentos requeridos a:**

Atlantic General Hospital

ATN: Asistencia financiera, casilla N.º 66

9733 Healthway Drive

Berlín, MD 21811

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera,

llame a nuestro asesor financiero al **(410) 629-6025.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Ingresos familiares*** | | | | | | | | | | | |
| Indique el importe de sus ingresos **brutos** mensuales procedentes de todas las fuentes. Es posible que tenga que presentar pruebas de sus ingresos, patrimonio y gastos. Si no tiene ingresos, presente una carta de apoyo de la persona que le proporciona alojamiento y manutención. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **Importe mensual** | | | |  |
| Empleo | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones de jubilación/pensión | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones de la seguridad social | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones de la asistencia pública | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones por invalidez | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones por desempleo | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones para veteranos | | | | | | |  | | | |  |
| Pensión alimenticia | | | | | | |  | | | |  |
| Ingresos por alquiler | | | | | | |  | | | |  |
| Prestaciones por huelga | | | | | | |  | | | |  |
| Asignación militar | | | | | | |  | | | |  |
| Actividad agrícola o por cuenta propia | | | | | | |  | | | |  |
| Otra fuente de ingresos | | | | | | |  | | | |  |
| **Total** | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. ***Activos líquidos*** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **Saldo actual** | | | |  |
| Cuenta corriente | | | | | | |  | | | |  |
| Cuenta de ahorros | | | | | | |  | | | |  |
| Acciones, bonos, certificados de depósito o mercado monetario | | | | | | |  | | | |  |
| Otras cuentas | | | | | | |  | | | |  |
| **Total** | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. Otros activos | | | | | | | | | | | |
| Si posee alguno de los siguientes artículos, indique el tipo y el valor aproximado | | | | | | | | | | | |
| Vivienda: | Saldo del préstamo | | | | |  | | | Valor aproximado | |  |
| Automóvil: | Marca: | |  | | Año: | |  | | Valor aproximado | |  |
| Vehículo adicional: | Marca: | |  | | Año: | |  | | Valor aproximado | |  |
| Vehículo adicional: | Marca: | |  | | Año: | |  | | Valor aproximado | |  |
| Otra propiedad: |  | | | | | | | | Valor aproximado | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | **Total** | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. Gastos mensuales | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **Importe** | | | |  |
| Renta o hipoteca | | | | | | |  | | | |  |
| Servicios | | | | | | |  | | | |  |
| Pagos del vehículo | | | | | | |  | | | |  |
| Tarjetas de crédito | | | | | | |  | | | |  |
| Seguro automovilístico | | | | | | |  | | | |  |
| Seguro médico | | | | | | |  | | | |  |
| Otros gastos médicos | | | | | | |  | | | |  |
| Otros gastos | | | | | | |  | | | |  |
| **Total** | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene otras facturas médicas sin pagar?  Sí  No | | | | | | | | | | | |
| ¿Para qué servicio? | |  | | | | | | | | | |
| Si ha acordado un plan de pagos, ¿cuál es la cuota mensual? | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Si solicita que el hospital le extienda la asistencia financiera, este puede solicitarle más información para tomar una determinación suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información suministrada es verdadera y se compromete a notificar al hospital cualquier cambio en esta en un lapso de 10 días. | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| *Firma del solicitante* | | | | *Fecha* | | | | | | *Relación con el paciente* | |