

# Programa de Asistencia Financiera de Maui Health System

Si usted no puede pagar la atención médica, es posible que el Programa de Asistencia Financiera de Maui Health System (MHS) pueda ayudarlo. Nuestro programa ofrece ayuda financiera a aquellas personas que reúnan los requisitos. Si usted reúne los requisitos que se mencionan a continuación, deberá llenar y enviar esta solicitud para participar en el programa. Tenga en cuenta que el Programa de Asistencia Financiera está disponible para todos los pacientes de MHS. Hay ayuda disponible para la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico únicamente. Si usted reúne los requisitos, se cubrirán algunos gastos de servicios médicos y medicamentos recetados que se proporcionan en un centro de atención de MHS, incluidos los centros de Maui Memorial Medical Center, Kula Hospital o Lanai Community Hospital.

## Paso 1

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Su ingreso familiar bruto no debe ser superior al 250% de las pautas federales de pobreza. Visite [aspe.hhs.gov/poverty](http://aspe.hhs.gov/poverty) (en inglés) para conocer las pautas de pobreza de su estado.
- Los gastos médicos de su bolsillo son superiores al 15% de su ingreso familiar bruto anual.

**Elegibilidad con base en gastos médicos excesivos de su propio bolsillo.** Si tiene gastos médicos inusualmente elevados, es posible que sea elegible para el Programa de Asistencia Financiera si los gastos de su bolsillo en un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 15% de su ingreso familiar bruto anual. Los gastos médicos de su bolsillo que califican incluyen copagos, coseguro y pagos de deducible por servicios de emergencia o servicios necesarios desde el punto de vista médico, así como gastos de su propio bolsillo para atención dental y medicamentos recetados. Es posible que le solicitemos un comprobante de ingresos o copias de los gastos médicos, dentales o de medicamentos que pagó de su bolsillo. **No todos los gastos médicos califican.** Por ejemplo, los siguientes gastos no califican:

- montos que paga por las primas de su plan de salud
- suministros o medicamentos de venta sin receta
- servicios optativos que no sean de emergencia o servicios de estilo de vida que no se consideren necesarios desde el punto de vista médico
- medicamentos específicamente excluidos, como medicamentos para la fertilidad, cosméticos o medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos recetados disponibles

Para obtener más información sobre cómo ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera o para saber más sobre los servicios que cubre, consulte la póliza de asistencia financiera de MHS en nuestro sitio web [www.mauihealthsystem.org/fap](http://www.mauihealthsystem.org/fap) (en inglés).

## Paso 2

### INSTRUCCIONES

Si cumple los requisitos de elegibilidad, llene y firme la solicitud y envíela por correo o fax, junto con todos los documentos de respaldo correspondientes, a Maui Health System - Lana'i Community Hospital, Attention: Financial Counseling Services, P.O. Box 630650, Lanai City, HI 96763, FAX (808) 565-8474.

**¿Tiene alguna pregunta?** Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame a MHS al (808) 565-8456, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., Hora Estándar de Hawaii (HST).

**Notificación sobre nuestra decisión.** Una vez que hayamos recibido su solicitud completada, le informaremos nuestra decisión por correo o por teléfono. Esto incluirá una explicación de nuestra aprobación o denegación. Si su solicitud se aprueba, su asignación dependerá de su nivel de ingresos y de sus gastos médicos. Si su solicitud es denegada, tendrá la posibilidad de presentar una apelación. En algunos casos, es posible que solicitemos información corregida o adicional.

**También es posible que deba solicitar cobertura de salud pública o privada.** Cuando presente su solicitud para recibir asistencia financiera, es posible que también deba presentar una solicitud para algún programa de salud público o privado para el que sea elegible. Estos pueden incluir QUEST Integration o el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [cuidadosalud.gov](http://cuidadosalud.gov) o llame al (800) 318-2596. Es posible que le pidamos que nos muestre el comprobante de que ha presentado una solicitud para estos programas o de que su solicitud ha sido aprobada o denegada. Es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera mientras espera que se tome una decisión con respecto a estos programas.

**Asegúrese de llenar la solicitud de la manera más completa posible. Si falta información, es posible que se retrase cualquier asignación que le pudiera corresponder.**

## Paso 3

Complete la información a continuación.

### PACIENTE

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección		Número de apartamento
Ciudad, estado, código postal		
Teléfono particular/celular	Número de historia clínica	Número de seguro social
Nombre del cónyuge/tutor legal (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Teléfono particular/celular	Número de historia clínica	Número de seguro social

### INFORMACIÓN

¿Usted o un miembro de su familia que vive en su hogar trabaja actualmente?  Sí  No

¿Tiene otro seguro médico? Si la respuesta es "Sí", ¿con quién tiene el seguro médico?:  Sí  No  
 Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicare?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", escriba su número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

¿Está inscrito en un programa de ahorro de Medicare en el que el estado paga las primas de Medicare?  Sí  No

¿Está inscrito en un plan de Medicare Parte D?  Sí  No  
 Si es beneficiario de un plan de Medicare Parte D con ingresos y recursos limitados, es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados por medio del subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

¿Ya solicitó el LIS de Medicare a la Administración de Seguro Social?  Sí  No  
 Si la respuesta es "Sí" y su solicitud fue aprobada o denegada recientemente, o si aún no ha recibido una respuesta, presente una copia con su solicitud.

¿Tiene o ha solicitado QUEST Integration?  Sí  No  Si no está seguro,  
 escriba su número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Si presentó una solicitud para QUEST Integration y recientemente fue aprobada o denegada, o si aún no ha recibido una respuesta, envíe una copia con su solicitud completada.

¿Tiene una cuenta de ahorro de salud que tenga saldo actualmente?  Sí  No

### FAMILIARES/DEPENDIENTES

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_ (Escriba cuántos miembros de la familia viven con usted en su hogar, por ejemplo: cónyuge, pareja doméstica calificada, hijos, familiares encargados de los cuidados que no sean los padres, etc.)

a. Nombre del dependiente: (únicamente si solicita asistencia financiera)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

b. Nombre del dependiente: (únicamente si solicita asistencia financiera)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

c. Nombre del dependiente: (únicamente si solicita asistencia financiera)

Parentesco	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
------------	----------------------------	----------------------------------

**La información incompleta ocasionará un retraso en el procesamiento o la denegación de su solicitud.**

**INGRESO FAMILIAR BRUTO MENSUAL (incluya TODOS los ingresos de los miembros de la familia que viven en el hogar)**

Solicitante/paciente		Cónyuge/tutor legal	
Salario bruto (antes de los impuestos)	\$	Salario bruto (antes de los impuestos)	\$
Manutención/pensión alimenticia	\$	Manutención/pensión alimenticia	\$
Ingresos por trabajo independiente o por negocios*	\$	Ingresos por trabajo independiente o por negocios*	\$
Pensión o jubilación/rentas vitalicias	\$	Pensión o jubilación/rentas vitalicias	\$
Beneficios por desempleo	\$	Beneficios por desempleo	\$
Seguro social/seguro estatal por discapacidad/discapacidad temporal/ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos	\$	Seguro social/seguro estatal por discapacidad/discapacidad temporal/ingreso de seguro suplementario/beneficios para veteranos	\$
Renta de propiedades	\$	Renta de propiedades	\$
Otros ingresos, incluidos ingresos en efectivo (inclúyalos):	\$	Otros ingresos, incluidos ingresos en efectivo (inclúyalos):	\$
<b>Ingreso mensual total:</b>	<b>\$</b>	<b>Ingreso mensual total:</b>	<b>\$</b>

\*Cuando informe el ingreso por rentas o por trabajo independiente, incluya su declaración de impuestos más reciente, junto con todos los documentos de respaldo.

**COMPROBANTES DE INGRESOS**

**Importante:** Es posible que deba proporcionarnos *copias* de los siguientes documentos de todos los solicitantes.

- Una copia de la última declaración de impuestos federales firmada o el formulario W-2 con verificación electrónica de presentación o con su firma (que incluya todas las páginas y los documentos).
- Una copia de sus 2 últimos talones de pago que incluyan los ingresos del último año (year-to-date, YTD).
- Copias de otros documentos recientes, declaraciones de generación de ingresos o cartas de adjudicación para verificar los ingresos familiares adicionales, como los de:
  - discapacidad    – desempleo    – comprobantes de manutención o pagos de pensión alimenticia    – ingreso por herencia o renta
  - seguro social    – estados de cuenta bancarios    – cuentas de jubilación o pensión

**No envíe originales.** Solo se necesitan las copias.

**Tenga en cuenta que** si podemos verificar su situación económica usando fuentes externas de datos o de proveedores externos, no necesita enviarnos la documentación mencionada anteriormente.

**OTRA DOCUMENTACIÓN SOBRE LOS INGRESOS**

Si no tiene la documentación para verificar sus ingresos Y cumple cualquiera de los siguientes criterios, incluya una declaración firmada que explique su situación de ingresos.

- No recibo un talón de pago formal por parte de mi empleador.
- No tengo ingresos. (Si marca esta casilla, debe proporcionar una explicación por escrito de su situación financiera en la sección "Ingresos" de esta solicitud).
- No tuve que presentar una declaración fiscal estatal o federal para el ejercicio fiscal más reciente.

**Si ninguna de las opciones anteriores se aplica a su caso, es posible que deba enviar copias de todos los documentos requeridos con esta solicitud.**

**INFORMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

Si su ingreso familiar bruto es superior al 250% de las pautas federales de pobreza o si presenta la solicitud conforme a criterios de gastos médicos altos, debe llenar esta sección. Escriba los gastos médicos que pagó de su bolsillo en los últimos 12 meses y envíe copias de sus recibos o facturas desglosadas que no sean de MHS con su solicitud completada.

Visitas al consultorio o al hospital: \$ \_\_\_\_\_ Medicamentos recetados: \$ \_\_\_\_\_

Otros gastos médicos, como servicios de ambulancia, equipo médico o gastos dentales: \$ \_\_\_\_\_

(inclúyalos):

**AUTORIZACIÓN DE INFORME DE CRÉDITO Y ACUERDO FINANCIERO**

Por el presente, declaro bajo protesta de decir verdad que (a) toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera y precisa en todos sus aspectos, y que los documentos adjuntos son copias fieles de los documentos originales, o que (b) no puedo proporcionar documentos que sirvan como prueba ni evidencia de mis ingresos. Doy mi consentimiento y también reconozco y acepto que soy responsable de pagar a Maui Health System (MHS) todos los montos adeudados a MHS por servicios y artículos médicos que el Programa no cubre (es decir, los "Saldos").

- Estoy de acuerdo en permitir que Maui Health System obtenga información de las agencias de informes de crédito de los consumidores y de otras fuentes de información para determinar mi elegibilidad para los programas médicos federales, estatales y privados.
- No acepto lo que se describe en la oración anterior. (Escriba sus iniciales aquí si marcó esta casilla). \_\_\_\_\_

Se le informará al solicitante o al titular de la cuenta, por correo o por teléfono, si la solicitud fue aprobada o denegada. Maui Health System se reserva el derecho de modificar o retirar las asignaciones.

Firma del solicitante/tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)
Firma del cónyuge del solicitante/tutor legal X	Fecha (mm/dd/aaaa)