

HOSPITAL FRANKFORD **PÓLIZA ADMINISTRATIVA**

SUJETO: **Charity Care y Asistencia Financiera**

FECHA: 30 de Agosto del 2004

Proposito

Consistente con su misión y valores, el Hospital Frankford toma bajo consideración la habilidad de cada individuo poder contribuir hacia el costo de su tratamiento. El hospital está comprometido en brindar tratamiento a pacientes con necesidades económicas con la misma dignidad y consideración ofrecida a todos sus pacientes. Es la intención del Hospital Frankford establecer un estándar mínimo que sea aplicada en una manera consistente para proporcionar atención gratis o asistencia financiera. Solamente, tratamiento médico que sea necesario está cubierto bajo estas reglas. (por ejemplo: cirugía cosmética elegida por el paciente no es elegible para asistencia financiera, bajo el plan Charity Care y Asistencia Financiera). Solamente, pacientes que son residentes en el área geográfica de servicio de los Hospitales Frankford, Torresdale y Bucks County campus son elegibles para el programa Charity Care y Asistencia Financiera (con excepción, aquellos pacientes que presentan condiciones médicas de emergencia y sean admitidos inmediatamente). Consistente con la póliza administrativa sobre exámenes médicos, tratamientos para estabilizar el paciente y traslados apropiados, El Hospital Frankford proporcionará servicios a pacientes con condiciones de emergencias médicas sin importar su habilidad de pagar.

Procedimiento

1. El Hospital Frankford asistirá a sus pacientes en obtener seguro médico de fuentes privadas y públicas (por ejemplo: Medicaid, etc.) cuando apropiado. El Patient Financial Services y Departamento de Patient Access implementarán procedimientos por escrito y prácticas consistentes con esta póliza administrativa para identificar pacientes sin seguro, para asistir aquellos pacientes en obtener seguro patrocinado por el gobierno o otros seguros y determinar si son elegibles para Charity Care y Asistencia Financiera para pacientes por quien seguro no puede ser obtenido.
2. Patient Financial Services y/o Patient Access determinará elegibilidad para Charity Care o Asistencia Financiera para pacientes por quien seguro no se puede obtener.
 - (a) **Charity Care** – Pacientes no asegurados, que necesitan servicios necesarios médicos, quienes no son elegibles para cobertura gubernamentales o otras coberturas de seguros, y quienes tengan ingreso familiar que no sobrepase de 200% del nivel federal de pobreza serán elegibles para recibir Charity (gratis) Care. Los pacientes de Charity Care recibirán una pensión de 100% de los cargos (excepto cargos personales contraído por el paciente tal como servicios de teléfono, etc.). El paciente recibirá una factura mostrando los cargos, la cantidad de pensión (100% de los cargos), y un balance de zero debido (a menos que tengan cargos personales, como facturas de teléfono).
 - (b) **Asistencia Financiera** – Pacientes no asegurados para el servicio pertinente, que no son elegibles para cobertura gubernamentales o otros seguros, y que tienen ingreso familiar en exceso de 200%, pero que no exceda 500% del nivel federal de pobreza, serán elegibles para recibir Asistencia Financiera en forma de una pensión parcial. Pacientes extendidos una pensión parcial tienen que firmar un acuerdo por escrito para pagar la cantidad de los cargos que permanecen después de descontar la pensión. El paciente recibirá una factura mostrando los cargos, la cantidad de pensión y la cantidad debida.

3. Pacientes que no proporcionen la información necesaria para completar y exactamente valorar la situación financiera y/o que no cooperen con los esfuerzos de asegurar seguro gobernal, no serán elegibles para Charity Care o Asistencia Financiera.
4. Aplicaciones fuera de estas reglas pueden ser aprobadas basadas bajo circunstancias extraordinarias con la aprobación documentada del Director Administrativo de Patient Accounting y el Vice Presidente del Departamento de Finanzas.
5. Colección de la cantidad debida del paciente recibiendo Asistencia Financiera serán manejados así como indica la póliza de colecciones del Hospital Frankford.
6. Copias de esta póliza e instrucciones de cómo aplicar o obtener más información están disponibles en Español, Ruso y Coreano y serán colocadas en la página electrónica del Hospital Frankford y en áreas públicas del Hospital. Información de cómo aplicar para Charity Care y Asistencia Financiera también será incluida en las facturas del Hospital.

Para más información o para pedir una aplicación para Charity Care/Asistencia Financiera, comuníquese con:

Bucks Campus: 215-949-5062

Frankford Campus: 215-831-2111

Torresdale Campus: 215-612-3393 or 612-2667

Hospital Frankford
Charity Care y Asistencia Financiera
Limite de Ingreso por Hogar
Todos Los Pacientes

2005

Tamaño de su Familia	Pensión de 100 %	Pensión de 75%	Pensión de 50%	Pensión de 25%
1	\$19,140.00	\$28,710.00	\$38,280.00	\$47,850.00
2	\$25,660.00	\$38,490.00	\$51,320.00	\$64,150.00
3	\$32,180.00	\$48,270.00	\$64,360.00	\$80,450.00
4	\$38,700.00	\$58,050.00	\$77,400.00	\$96,750.00
5	\$45,220.00	\$67,830.00	\$90,440.00	\$113,050.00
6	\$51,740.00	\$77,610.00	\$103,480.00	\$129,350.00
7	\$58,260.00	\$87,390.00	\$116,520.00	\$145,650.00
8	\$64,780.00	\$97,170.00	\$129,560.00	\$161,950.00

Añada \$3,260.00 por cada persona adicional

CHARITY CARE Y APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL FRANKFORD

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

dirección: _____

Cuid ad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono : _____ Plan Medicó: _____

Dia(s) de Servicio: _____

INGRESO MENSUAL:

Usted: \$ _____ Fuente(s): _____

Esposo (a): \$ _____ Fuente(s): _____

Otros miembros del hogar: \$ _____ Fuente(s): _____

Otras fuente de ingreso: \$ _____ Descripción: _____

Numero de Dependientes en su hogar: _____
(Incluyendo al paciente)

Esta Ustd. Empleado? Si / No

Si "No" Cual fue si ultimo fecha de empleo? _____

Presente o Ultimo Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____

de telefono de Empleador: _____

Entiendo que firmando este documento estoy aplicando para Charity Care o Asistencia Financiera del Hospital Frankford. Certifico que la información es verdadera y exacta bajo mi conocimiento. Tambien entiendo que el Hospital Frankford puede verificar la información que estoy proporcionando. Yo cooperaré con la verificación and proporcionare toda las evidencias necesarias para apoyar la información que ha declarado en esta aplicación.

Firma de Appicante: _____ Fecha: _____

Representante de FHCS: _____

**CHARITY CARE / APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL
FRANKFORD**

Descripción de los Términos

Nombre del paciente	El nombre del paciente aplicando para asistencia financiera. Si el paciente tiene menos de 18 años, entonces el nombre del pariente.
# de Seguro Social	El seguro social de la persona aplicando para asistencia financiera.
Fecha de Nacimiento	El mes, día y año para la persona aplicando para asistencia financiera.
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal / # de Telefono	La dirección y número de teléfono de la persona aplicando para asistencia financiera.
Plan de seguro médico	Si el paciente tiene algún tipo de seguro médico, provee el nombre de la compañía de seguro. Si el paciente no tiene seguro médico, entre "Ninguno".
Fecha(s) de Servicio	La fecha que el paciente vino al hospital y la fecha que el paciente fue descargado del hospital (si es diferente.)
Ingresos mensuales gruesos – Paciente y esposo (a)	Ingreso total en un mes antes de impuestos y otras deducciones. Esto puede incluir todas las fuentes de ingresos como sueldos, beneficios de seguro social, pensiones, etc. Esta cantidad puede ser un promedio si el ingreso varía mes a mes. Separado entre en cada línea el ingreso de cada persona aplicando para asistencia financiera (paciente) o esposo(a).
Ingreso mensual grueso – Otros miembros del Hogar	Si hay algún otro miembro del hogar con quien la persona aplicando para asistencia financiera provee una mitad de su gastos de vivienda, entre ese ingreso, si hay alguno.
Otra fuentes de ingreso	Si la persona aplicando para asistencia financiera tiene otra fuente de ingreso que no estaba incluida en las líneas disponibles arriba, entrelas aquí. (por ejemplo: pensión, apoyo de niños o asistencia govenal.)
Numero de Dependientes en el Hogar:	Incluya a la persona aplicando para la asistencia financiera y todas otras personas ocupando una unidad en hogar por quien el paciente proporcione por lo menos la mitad de su ingresos anual.
Esta Usted empleado?	Entre "Si" si la persona aplicando por asistencia financiera esta empleado, "No" si el/ella no esta empleado.
Ultima fecha de empleo?	Si la persona aplicando para asistencia financiera no esta corrientemente empleado, entre el ultimo año y mes que estaba empleado.
Presente or Ultimo Empleado	El nombre de la compañía con quien la persona aplicando para asistencia financiera esta empleado. Entre "Empleado por si mismo" si el/ella tiene su propio negocio.
Dirección /Numero de telefono de Empleador	Dirección de su presente o ultimo empleador.