AlliedServices
INTEGRATED HEALTH SYSTEM

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA ATENCIÓN MÉDICA NO REMUNERADA

Revisado: 2019

ALLIED SERVICES - SISTEMA DE SALUD INTEGRADO

Solicitud de asistencia financiera para atención médica no remunerada

Estimado Solicitante:

Adjuntamos una solicitud de Asistencia Financiera para el Sistema Integrado de Salud de Allied Services. El programa de asistencia financiera para atención médica no remunerada se aplica a todos los gastos médicamente necesarios incurridos en Allied Services Rehab Hospital, Heinz Rehab Hospital o Allied Services Home Health.

Antes de llenar la solicitud, lea las instrucciones CON MUCHA ATENCIÓN. Se rechazarán las solicitudes incompletas o enviadas incorrectamente.

Llame al 570-348-1372 o al 1-877-727-3422 si tiene alguna pregunta.

ACERCA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Para reunir los requisitos para este programa, debe solicitar Asistencia Médica de Pensilvania. Si usted no es aprobado para esta cobertura, podrá aún estar calificado para una reducción de sus aranceles.

No tiene obligación de solicitar Asistencia Médica si sus gastos no están cubiertos por este plan.

Si Allied Services requiere que llene un formulario de solicitud de Asistencia Médica y usted no lo hace, se rechazará su solicitud de Asistencia Financiera por considerarla incompleta. Envíenos una copia de la respuesta de la oficina de Asistencia del Condado a su solicitud de Asistencia Médica apenas la reciba.

ACERCA DE LA DOCUMENTACIÓN SOBRE INGRESOS

Las decisiones sobre elegibilidad para Asistencia Financiera se basan ya sea en (a) el ingreso bruto de su familia durante los últimos 12 meses, o (b) el ingreso de su familia durante los últimos 3 meses multiplicado por cuatro.

Si usted no reúne los requisitos para Asistencia Financiera completa de acuerdo con las pautas establecidas por Allied Services, aún podrá estar calificado para una reducción parcial. Consulte la grilla (ver la contraportada) para determinar si puede estar calificado para alguna Asistencia Financiera.

No envíe documentación original con su solicitud.

PACIENTES QUE RECIBEN ACTUALMENTE ASISTENCIA MÉDICA DE PENSILVANIA

Si en la actualidad recibe beneficios de Asistencia Médica de Pensilvania y no se nos notificó previamente, llame al Departamento de Cuentas de los Pacientes o envíe una copia de su tarjeta de Asistencia Médica.

TODOS LOS DEMÁS PACIENTES

La documentación debe incluir su declaración más reciente de impuestos federales sobre la renta. También debe incluir la declaración de impuestos federales sobre la renta de quienes usted haya declarado como sus familiares a cargo o de las personas que hayan declarado que usted es un familiar a cargo.

Otros documentos podrán incluir los formularios W-2, 1099 del Seguro Social, cartas de asignación del Seguro Social o recibos de sueldo de los últimos 3 meses. Esto va a variar, dependiendo de los tipos de ingresos que tenga su familia.

Si piensa que es posible que no reúna los requisitos, pero la documentación no explica completamente sus circunstancias especiales, puede incluir una carta con una explicación. Podrá otorgársele Asistencia Financiera Adicional de acuerdo con sus circunstancias.

Sea tan meticuloso como pueda. Antes de enviar sus documentos con la solicitud, revise todos los papeles para asegurarse de que hay suficiente información disponible para que Allied Services complete su ingreso bruto familiar de los últimos 3 meses (o 12 meses). Recuerde: si no se puede determinar su ingreso familiar con la documentación suministrada, se rechazará su solicitud.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA NO REMUNERADA

El nombre del paciente —el apellido y primer nombre— debe indicarse en letra de imprenta.

El número de teléfono es el número de teléfono de la persona que solicita asistencia a través del programa.

La información familiar es para aquellos miembros de la familia que habitan en la misma vivienda que el solicitante. Ello también incluye a cualquiera que declare al solicitante como familiar a cargo para los fines de ingreso federal o a cualquiera que el solicitante declare como familiar a su cargo.

Ingresos se refiere a una lista de ingresos combinados "antes de impuestos" del solicitante y todos los miembros de la familia indicados anteriormente.

Los pacientes que no cuenten con fuente de ingresos deben suministrar una carta que indique su nombre y explique por qué están solicitando Asistencia Financiera. Esta carta debe explicar cómo se mantienen. La carta debe estar firmada por quien mantenga al solicitante o, si es necesario, por el paciente mismo.

Ejemplo: Mi nombre es _____ y mantengo a mi sobrino, _____ con alojamiento y alimentos. Él no cuenta con ingresos y no puede pagar sus facturas médicas. No ha tenido ingresos durante _____ meses. Se agradecerá toda asistencia que puedan brindar para resolver sus gastos médicos.

Si el solicitante no es ciudadano de los Estados Unidos, se debe incluir una copia de la tarjeta de Residente Extranjero.

Dado que los ingresos y los bienes cambian periódicamente, la aprobación se otorgará por un año a partir de la fecha de aprobación de la solicitud. Si el servicio excede ese período de tiempo, se deberá enviar una nueva solicitud. Ello podría resultar en un porcentaje más alto o más bajo de Asistencia Financiera o en la aprobación de solicitantes que no estaban calificados anteriormente.

	2019 Pautas federales de ingreso de pobreza	Pautas de ingresos de Allied Services		REDUCCIÓN DE DEUDA DE ASISTENCIA FINANCIERA NO REMUNERADA							
Tamaño de la familia		100%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%
1	$12,490	$24,980	26,229	27,478	28,727	29,976	31,225	32,474	33,723	34,972	36,221
2	$16,910	$33,820	35,511	37,202	38,893	40,584	42,275	43,966	45,657	47,348	49,039
3	$21,330	$42,660	44,793	46,926	49,059	51,192	53,325	55,458	57,591	59,724	61,857
4	$25,750	$51,500	54,075	56,650	59,225	61,800	64,375	66,950	69,525	72,100	74,675
5	$30,170	$60,340	63,357	66,374	69,391	72,408	75,425	78,442	81,459	84,476	87,493
6	$34,590	$69,180	72,639	76,098	79,557	83,016	86,475	89,934	93,393	96,852	100,311
7	$39,010	$78,020	81,921	85,822	89,723	93,624	97,525	101,426	105,327	109,228	113,129
8	$43,430	$86,860	91,203	95,546	99,889	104,232	108,575	112,918	117,261	121,604	125,947
9	$47,850	$95,700	100,485	105,270	110,055	114,840	119,625	124,410	129,195	133,980	138,765
10	$52,270	$104,540	109,767	114,994	120,221	125,448	130,675	135,902	141,129	146,356	151,583

				REDUCCIÓN DE DEUDA DE ASISTENCIA FINANCIERA NO REMUNERADA							
Tamaño de la familia	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%	0%
1	37,470	38,719	39,968	41,217	42,466	43,715	44,964	46,213	47,462	48,711	49,960
2	50,730	52,421	54,112	55,803	57,494	59,185	60,876	62,567	64,258	65,949	67,640
3	63,990	66,123	68,256	70,389	72,522	74,655	76,788	78,921	81,054	83,187	85,320
4	77,250	79,825	82,400	84,975	87,550	90,125	92,700	95,275	97,850	100,425	103,000
5	90,510	93,527	96,544	99,561	102,578	105,595	108,612	111,629	114,646	117,663	120,680
6	103,770	107,229	110,688	114,147	117,606	121,065	124,524	127,983	131,442	134,901	138,360
7	117,030	120,931	124,832	128,733	132,634	136,535	140,436	144,337	148,238	152,139	156,040
8	130,290	134,633	138,976	143,319	147,662	152,005	156,348	160,691	165,034	169,377	173,720
9	143,550	148,335	153,120	157,905	162,690	167,475	172,260	177,045	181,830	186,615	191,400
10	156,810	162,037	167,264	172,491	177,718	182,945	188,172	193,399	198,626	203,853	209,080