

ATENCIÓN COMPASIVA DE JEFFERSON HEALTH

GUÍA DE SOLICITUD

Jefferson Health ofrece asistencia financiera para la atención médica de individuos y familias elegibles. Con base en sus necesidades financieras, pueden estar disponibles los pagos reducidos o la atención compasiva.

Usted puede ser elegible para asistencia financiera si:

- tiene un seguro limitado o no tiene seguro
- no es elegible para ayuda del gobierno (por ejemplo, Medicaid)
- puede demostrar que tiene dificultades financieras
- es un residente de Pennsylvania, New Jersey o Delaware
- le proporciona a Jefferson la información necesaria sobre las finanzas de su hogar

Acerca del proceso de solicitud:

El proceso de solicitud para el Programa de Atención Compasiva de Jefferson Health incluye estos pasos:

- Completar el formulario de Solicitud de Atención Compasiva incluido en este paquete.
 - Incluir los documentos de respaldo enumerados en la lista de verificación adjunta.
 - Nosotros verificaremos sus ingresos, activos (por ejemplo, cuentas bancarias, acciones, bonos y otras inversiones) y la cantidad de integrantes de la familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Utilizamos una escala variable basada en los lineamientos federales de pobreza.
 - Tenga en cuenta que primero debe determinar si es elegible para algún tipo de beneficios del seguro que podrían cubrir su atención (por ejemplo, indemnización laboral, seguro de automóviles, y/o Asistencia Médica). Podemos ayudarle a encontrar los recursos adecuados.
- Luego de revisar su solicitud, se tomará una decisión y usted será notificado sobre esta.
- Podemos coordinar un plan de pagos para cualquier saldo restante que no esté cubierto por la Atención Compasiva.
- Este programa únicamente incluye sus saldos con Jefferson Health Hospital y podría no cubrir servicios médicos.

Cómo diligenciar su solicitud:

Envíe por correo su formulario de solicitud completo y las copias de sus comprobantes de ingresos a la dirección del establecimiento donde recibió los servicios:

Lugares de servicio:	Jefferson University/Jefferson Neurosciences/Methodist Hospitals	Abington/Lansdale Hospitals	Bucks/Frankford/Torresdale Hospitals
Enviar a:	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Atención: Representante de Asistencia Financiera	Abington-Jefferson Health Ground Floor, Widener Bldg 1200 Old York Road Abington, PA 19001	Jefferson Health Northeast Financial Services Unit 4900 Frankford Avenue, Suite 1900 Philadelphia, PA 19124
Números telefónicos:	833-958-2198	833-958-2198	833-958-2198
Números de fax:	215-503-9163	215-481-3057	215-831-2330
Dirección de correo electrónico:	customer.service@jefferson.edu	finassist@jefferson.edu	

Si tiene alguna pregunta, llame a los números anteriores para hablar con un representante.

10/01/19

ATENCIÓN COMPASIVA DE JEFFERSON HEALTH

Lista de verificación de documentación

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos pertinentes en su caso. Adjunte **copias, no originales**, ya que Jefferson no puede devolver documentos enviados con la solicitud. Si faltan documentos, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

1. Si usted tiene ingresos:

Adjunte comprobante de los ingresos del hogar, la cual puede incluir:

- Comprobantes de pago vigentes y consecutivos de los últimos treinta (30) días de todos los miembros empleados de la familia.
- Cartas de otorgamiento: Seguridad social, pensión, indemnización por desempleo y laboral
- Formulario IRS 1040 más reciente y anexos adecuados - Declaración de impuestos 1040 completa con el W2, si es independiente; el 1099 con el Anexo C (ganancias y pérdidas); y declaración de impuestos 1040 del año anterior.
- Carta de su empleador con el membrete de la empresa en la que se indique la fecha de contratación, pago por hora o semana, firmada y fechada por su empleador con número de teléfono.
- Otra documentación: I-20, manutención al menor, carta del refugio, carta de ayuda financiera (detallando el motivo por el que no hay comprobante de ingresos disponible). Incluya los ingresos del patrocinador.

2. Si usted no tiene ingresos:

- Envíenos una carta de manutención. La persona que brinda manutención debe firmar la carta y hacer autenticar el documento ante notario.

3. Comprobante de efectivo disponible en el hogar

Adjunte los estados más recientes para:

- cuentas bancarias corrientes y/o de ahorros
- acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas con alto rendimiento de intereses o rentas vitalicias
- cualquier otra inversión, incluidos bienes raíces
- Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA), Cuentas de Ahorros Médicos (MSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o Acuerdos de Reembolso de Salud (HRA)

4. Carta de denegación de asistencia médica

- Con base en la evaluación financiera inicial, quizá sea necesario que solicite Asistencia Médica y envíe una copia de la Carta de denegación (PA 162) antes de que podamos aprobar su solicitud.

5. Verificación de identidad:

- Copia de la licencia de conducir, pasaporte, u otro documento de identificación con fotografía, o una identificación emitida por el gobierno

6. Su formulario de Solicitud de Asistencia Financiera completo y firmado

- Asegúrese de completar todas las partes del formulario pertinentes en su caso.
- Devuélvalo dentro de los siguientes treinta (30) días.