

VALLEY HEALTH OFRECE DIFERENTES OPCIONES PARA SALDAR CUENTAS

1. Pago total luego de recibir el primer estado de cuenta o carta o plan de pagos para pagar la totalidad del monto adeudado.
2. Asistencia para inscribirse en Medicaid.
3. La Asistencia Financiera Total o Parcial se encuentra disponible para los pacientes que no califican para Medicaid.
4. Esta solicitud de Asistencia Financiera no se aplica a cuentas de Urgente Care, Valley Home Care, Valley Gateway Home care, Valley Medical Transport u Occupational Health. A fin de obtener una solicitud aparte para estos servicios, llame a Valley Regional Enterprises (VRE) al 1-866-887-9008.

Los Consejeros Financieros de Valley Health están disponibles para responder a cualquier pregunta y ayudarlo a que elija la opción más adecuada para sus necesidades en particular. Llámelos al **1-866-414-4576**. Le recomendamos que consulte la Política de Asistencia Financiera en su totalidad antes de presentar su solicitud.

1. COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA. En su carácter de Paciente y/o Garante/Cónyuge, usted y su cónyuge deben firmar y colocar la fecha en esta solicitud. Enumere todos los pagos que están vencidos. Si la información solicitada no corresponde, responda «N/A».

2. DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO: LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN ES NECESARIA PARA REVISAR SU SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y LA SOLICITUD SE RECHAZARÁ SI NO SE ENTREGA TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA. VEA LA SECCIÓN «DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS» DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL:

- PRUEBA ACTUAL DE TODOS LOS INGRESOS DE SU GRUPO FAMILIAR
- Una copia de la(s) declaración(es) de impuestos más reciente(s) correspondiente(s) a todos los miembros del grupo familiar responsables mayores de 18 años. Si los cónyuges presentan su documentación por separado, deben entregar ambas declaraciones. Si no tiene una copia de su declaración, puede llamar al IRS al 1-800-829-1040 y solicitar una copia.
- Las copias de los recibos de sueldo de todos los miembros del grupo familiar responsables que estén disponibles y correspondan al mes más reciente.
- Verificación de ingresos escrita por parte de un empleador si se pagan en efectivo.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de inversión correspondientes a los dos meses anteriores.
- Copias de los recibos de sueldo/declaraciones o cheques del Seguro Social, pensión, discapacidad, seguro de los trabajadores, desempleo y/o documentación de otras fuentes de ingresos.
- Verificación de pensión alimentaria para cónyuge y/o manutención de menores.
- Si no tiene ingresos u otra persona paga sus gastos diarios, debe explicarlo en la pregunta de la solicitud: «**Si no se menciona ningún ingreso**».
- Copias de todas las facturas médicas de VHS pendientes de pago de tal manera que los Consejeros Financieros de VHS puedan incluir toda la deuda médica de VHS pendiente de pago.
- Si solicita Asistencia Financiera ante Catástrofes: Prueba de residencia dentro de las áreas de servicio primarias o secundarias de VHS y todas las facturas médicas pendientes de pago de proveedores de atención de la salud de Valley Health y que no sean de Valley Health incurridos desde la aparición de la lesión o enfermedad.
- Si se requiere la Verificación de Activos (ver sección ACTIVOS en la solicitud), incluya la(s) declaración(es) más reciente(s) y demás documentación:** Cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cuentas de retiro individual (IRA) u otras cuentas de retiro. Valor de acciones, bonos, títulos valores del mercado monetario, etc. Le recomendamos que elimine todo número de cuenta que se indique en dicha documentación.

SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL A FIN DE COMPLETAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD Y TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA ESTARÁ SUJETA A VERIFICACIÓN.

«Este es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida se empleará para tal fin»

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO (PLS)

Este Resumen en Lenguaje Sencillo, incluida la siguiente sección "**CÓMO SOLICITAR**", brinda una breve descripción general de la Política de Asistencia Financiera (FAP) de Valley Health System (VHS) y la disponibilidad de Asistencia Financiera de VHS (anteriormente denominada "Atención de Beneficencia") y los servicios de Consejería Financiera. La FAP completa brinda una descripción detallada de la disponibilidad, los proveedores y las instalaciones donde se aplica esta política, así como de las normas que rigen a la disponibilidad de Asistencia Financiera y los servicios de Consejería Financiera. La FAP completa está disponible por Internet y sin cargo en <http://www.valleyhealthlink.com/FinancialAssistance>. Las copias en papel de la FAP se pueden obtener sin ningún cargo si se comunica con el Departamento de Consejería Financiera o si se presenta personalmente tal como se indica a continuación en "**CÓMO SOLICITAR**". Las traducciones están disponibles en los idiomas que predominan en las comunidades atendidas por VHS.

Valley Health ofrece servicios de Consejería Financiera, incluidos los Consejeros de Solicitudes Certificadas (CACs), a fin de ayudar a los pacientes de VHS y a los familiares a cargo del pago de las facturas de los pacientes de Valley Health que estén preocupados por su capacidad de abonar los servicios médicos brindados por VHS con el fin de identificar los medios para cubrir el costo de atención necesaria desde el punto de vista médico. VHS ofrece un Programa de Asistencia Financiera para ayudar a quienes realmente no pueden pagar la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico. El objetivo de los Consejeros Financieros de VHS es el de servir como guías para los pacientes y garantes que necesitan asistencia.

Los Consejeros Financieros están disponibles para responder a preguntas, trabajar con pacientes y cuidadores a fin de identificar los programas que son los más apropiados según las necesidades especiales y la capacidad de pago de cada paciente, ayudar en el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera, ayudar con la solicitud, inscripción o referirlo a los diversos programas de asistencia o seguro del gobierno que pueden ser los apropiados según las necesidades de los pacientes, así como establecer planes de pago para quienes no califican para Asistencia Financiera o cualquier otro programa. Además, como parte de los servicios de Consejería Financiera disponibles para los pacientes y garantes de VHS, VHS mantiene Consejeros de Solicitudes Certificadas (CACs) a fin de ayudar a los pacientes/garantes cuando solicitan planes de Health Exchange durante los Períodos de Inscripción Abierta y de Inscripción Especial (SEP) tal como lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*, ACA). Estos CACs también están disponibles durante todo el año para ayudar a explicar el Health Exchange y su funcionamiento. Sugerimos firmemente que los pacientes y cuidadores preocupados por su capacidad para pagar los servicios necesarios desde el punto de vista médico se comuniquen con los Consejeros Financieros de VHS con la mayor inmediatez posible, incluso antes de futuros servicios que se prevén que serán necesarios desde el punto de vista médico, a fin de que la Asistencia Financiera u otros programas de asistencia puedan estar vigentes para cubrir la mayor cantidad de atención posible y para evitar actividad de facturación y cobro por cuenta propia innecesarias.

Tipos de Asistencia Financiera disponibles: respecto de los pacientes y garantes que no son elegibles para Asistencia Médica u otros programas de asistencia, Asistencia Financiera está disponible y en general se basa en el ingreso familiar. Un descuento del 100 % en Asistencia Financiera está disponible para pacientes/garantes con un ingreso familiar combinado menor al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Respecto de las familias con ingresos de entre el 200 % y el 300 % del FPL, una Asistencia Financiera parcial se encuentra disponible con una escala gradual. Respecto de las familias con ingresos de entre el 300 % y el 500 % del FPL, los descuentos de Asistencia Financiera ante Catástrofes están disponibles si las facturas por servicios médicos superan el 30 % del ingreso familiar. A los Pacientes/Garantes que son elegibles para recibir Asistencia Financiera parcial y Asistencia Financiera ante Catástrofes se les facturará no más que los Montos Generalmente Facturados (AGB) facturados a la persona asegurada. Vea la FAP completa y la explicación de cómo se calculan los AGB y los descuentos parciales. Los otorgamientos de Asistencia Financiera pueden reducirse si activos significativos, tal como se describen en la FAP completa, están disponibles para ayudar a cubrir el costo de la atención médica.

Todos los ciudadanos de Estados Unidos, los residentes permanentes de Estados Unidos y las personas que tienen como fin permanecer en Estados Unidos como residentes permanentes son elegibles para recibir Asistencia Financiera. Los Pacientes/Garantes que no son residentes permanentes de Estados Unidos, no tienen la intención de residir permanentemente en Estados Unidos o están en Estados Unidos con una visa estudiantil o de turista no son elegibles para recibir Asistencia Financiera de VHS. Los servicios de Consejería Financiera están disponibles para todos los pacientes/garantes de VHS.

CÓMO SOLICITAR: Invitamos a los pacientes y cuidadores a comunicarse con:

- Consejeros Financieros de VHS al 866-414-4576 con la mayor inmediatez posible.
- Puede encontrar la Solicitud de Asistencia Financiera de VHS por Internet en <http://www.valleyhealthlink.com> **FinancialAssistance**. Las copias en papel de la Solicitud de Asistencia Financiera también se pueden obtener sin ningún cargo en las recepciones de VHS en cada hospital y el Departamento de Emergencias de VHS, si escribe a la dirección que figura a continuación o si llama a los Consejeros Financieros de VHS al número que aparece más arriba.
La correspondencia, incluidos los pedidos de asistencia de Consejería Financiera, Asistencia Financiera, Solicitudes de Asistencia Financiera completas y documentación de respaldo podrán enviarse por escrito a:

Financial Counseling Dept. Valley Health System
P.O. Box 3340
Winchester, VA 22604

- También puede presentarse personalmente de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4: 00 p. m., salvo feriados, en los establecimientos que figuran a continuación. Si bien se recomiendan las citas y pueden efectuarse llamando al número de teléfono de la Consejería Financiera de VHS que aparece más arriba, se aceptan las visitas sin cita previa dentro del horario especificado y según disponibilidad de los Consejeros Financieros.
 - o Hampshire Memorial Hospital: vestíbulo principal del hospital, oficina de MedAssist.
 - o Page Memorial Hospital: ventanilla de servicio en el vestíbulo principal del hospital
 - o Shenandoah Memorial Hospital: oficina de Consejeros Financieros (cerca de la ventana del Cajero) en el vestíbulo principal del hospital
 - o War Memorial Hospital: vestíbulo principal del hospital, oficina de MedAssist.
 - o Warren Memorial Hospital: Oficina Comercial en Warren Memorial.
 - o Winchester Medical Center Campus:
System Support Building (SSB), 220 Campus Blvd, Suite 210 Winchester, Virginia

ENVÍE LA SOLICITUD A:

P. O. Box 3340, Winchester, Virginia 22604-2540 financial.counselor@valleyhealthlink.com

Fax: 540-536-3288 correo electrónico:
N.º de teléfono: 866-414-4576

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de cuenta o de garante de su factura de Valley Health _____

Garante

Cogarante/ Cónyuge

Si solicita Asistencia Financiera para un menor dependiente con menos de 21 años, se requiere información de ambos padres.					
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido			Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido		
N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Cantidad de menores dependientes (que viven en el hogar) y edades	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Cantidad de menores dependientes (que viven en el hogar) y edades
<input type="checkbox"/> Casado (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado – ¿hace cuánto? _____ <input type="checkbox"/> No casado (incluido soltero, divorciado, viudo)			<input type="checkbox"/> Casado (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado – ¿hace cuánto? _____ <input type="checkbox"/> No casado (incluido soltero, divorciado, viudo)		
Enumere a todos los pacientes, incluido el Garante, Cogarante, menores y otros dependientes legales. Adjunte una hoja aparte en caso de ser necesario,					
Nombre	Fecha de nacimiento	N.º Seg. Soc.	¿Empleado?	Relación con el Garante	
_____	__/__/__	- - -	S/N	_____	
_____	__/__/__	- - -	S/N	_____	
_____	__/__/__	- - -	S/N	_____	
_____	__/__/__	- - -	S/N	_____	
_____	__/__/__	- - -	S/N	_____	
Dirección actual			Dirección actual		
_____			_____		
Teléfono () _____			Teléfono () _____		
Hace cuánto: años meses			Hace cuánto: años meses		
<input type="checkbox"/> En compra <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Vive con padres/ familia/ amigo			<input type="checkbox"/> En compra <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Vive con padres/ familia/ amigo		
Nombre y dirección del empleador			Nombre y dirección del empleador		
_____			_____		
Teléfono: _____			Teléfono: _____		
Fecha de contratación: _____			Fecha de contratación: _____		
Hace cuánto __ años __ meses	Cargo	Ingreso mensual bruto	Hace cuánto __ años __ meses	Cargo	Ingreso mensual bruto
Otros ingresos \$	Fuente		Otros ingresos \$	Fuente	
Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____ Nombre _____ Dirección _____ Teléfono: () _____			Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____ Nombre _____ Dirección _____ Teléfono: () _____		

Continúa en la página siguiente

Si no tiene empleo/ingresos, cuál fue su último día laboral (propio) _____ (cónyuge)

¿Usted o su cónyuge reciben beneficios por desempleo? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuánto por mes? \$ _____

¿Su grupo familiar recibió alguna otra suma de dinero de algún otro lugar? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, de dónde _____ cuánto por mes \$ _____

(Adjunte prueba de las fechas mencionadas más arriba) de dónde _____ cuánto por mes \$ _____

Si no se indica ningún ingreso, EXPLIQUE cómo paga sus gastos

Si alguien más paga sus gastos, indique quién y su relación:

¿Aparece en la declaración de impuestos de otra persona?: Sí _____ / No _____. En caso afirmativo, quiénes (nombre y relación): _____

¿Presentó declaración de impuestos sobre la renta en el último año? Sí _____/No _____.

SI PRESENTÓ DECLARACIÓN DE IMPUESTOS: ¿Cuántos dependientes/exenciones declaró en las Declaraciones de Impuestos del año anterior? (inclúyase usted mismo, a su cónyuge e hijos) _____

¿Habrá cambios en la cantidad de dependientes/exenciones declaradas en la declaración de impuestos de este año? En caso afirmativo, explique los cambios _____

GASTOS FAMILIARES MENSUALES

I. Enumere todos los préstamos, tarjetas de crédito, etc

Quién se endeudó	Pago mensual	Saldo presente	Actual: ¿Sí/No?
1. Alquiler/ hipoteca:			
2. Préstamo para vehículo			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Continúa en la página siguiente

II. Gastos familiares mensuales

Gasto	\$ mensual	Gasto	\$ mensual
Alimentos		Electricidad	
Gastos de Automóvil/transporte		Agua	
Seguro del automóvil		Teléfono (fijo y celular)	
Seguro de salud		Gas (calefacción/propano)	
Seguro de vida		Cable	
Seguro de propiedad (no se incluye en el pago de la hipoteca o renta)		Medicamentos	
Otros (explicar)		Otros (explicar)	

TODA LA INFORMACIÓN PRESENTADA ES CONFIDENCIAL

OTROS INGRESOS

III. Enumere todas las fuentes de ingresos correspondientes al Garante y Cogarante/cónyuge y otros miembros de la familia. Se requiere recibos de sueldo, declaraciones u otra documentación de respaldo para cada fuente de ingresos

Fuente/descripción	Ingreso mensual promedio	Pagado por	Pagado a
1. Ingreso principal del garante (salarios si es empleado o ingresos por trabajo autónomo)			
2. Ingreso secundario del garante (salarios si es empleado o ingresos por trabajo autónomo)			
3 Ingreso principal del cogarante (salarios si es empleado o ingresos por trabajo autónomo)			
4. Ingreso secundario del cogarante (salarios si es empleado o ingresos por trabajo autónomo)			
5. Otros ingresos de miembros del grupo familiar a cargo (salarios si es empleado o ingresos por trabajo autónomo)			
6. Beneficios de Seguro Social			
7. Beneficios para ferroviarios y/o veteranos			
8. Ingresos por dividendos o intereses mayores a \$10/mes			
9. Pensión alimentaria para cónyuge e hijos			
10. Beneficios de indemnización por desempleo y por accidentes de trabajo			
11. Otros ingresos (describa)			
12. Otros ingresos (describa)			

Continúa en la página siguiente

ACTIVOS

Si debe o prevé deber \$500 o más a Valley Health en concepto de gastos médicos, consulte la Política de Asistencia Financiera de Valley Health para conocer la explicación en cuanto a cuáles y en qué nivel los activos se podrán considerar como recuperables como parte del Cálculo de la Asistencia Financiera de VH. Se requerirá una copia del estado de cuenta más reciente correspondiente a cada cuenta enumerada.

- IV. Si debe o prevé deber \$500 o más a Valley Health en concepto de gastos médicos, enumere todo el efectivo en mano y el valor de toda cuenta corriente o de ahorro que sea propiedad o copropiedad del garante o cogarante, y esté disponible para uso personal y beneficio del garante y/o cogarante. No incluya planes de ahorro universitarios o fondos fiduciarios de ahorro universitario. No indique los números de cuenta y elimine los números de cuenta de todos los estados que presenta con esta solicitud.

Tipo de cuenta/institución	Usted tiene:	Propietario (Garante/Cogarante)	¿Propiedad conjunta?
1. Efectivo en mano	\$ _____ . _____		
2. Cuentas corrientes	Sí o NO Si es Sí, entregue declaraciones		
3. Cuentas de ahorro	Sí o NO Si es Sí, entregue declaraciones		
4. Otras cuentas disponibles	Sí o NO Si es Sí, entregue declaraciones		

- V. Respecto a los solicitantes con una deuda médica pendiente combinada de Valley Health que supere:
- \$10,000.00 pero menor de \$25,000.00, indique el valor actual de cualquier acción, bono u otros instrumentos de inversión que están bajo el control de y disponibles para uso personal y beneficio del garante, salvo las cuentas designadas como cuentas de retiro según las normas de IRS.
 - \$25,000.00, indique el valor actual de todos los 401K, 403B, IRA, Roth IRA, u otros planes de ahorros para retiro designados por IRS. No indique los números de cuenta. NO INCLUYA las cuentas de Ahorros Universitarias. Si se requiere más espacio, adjunte una hoja de papel aparte con su nombre y números de Cuenta de Valley Health.
 - No indique los números de cuenta y elimine los números de cuenta de todos los estados que presenta con esta solicitud.

Descripción, tipo de cuenta de retiro y propietario	Valor actual de mercado (El valor del último estado es suficiente)

VI. Respecto a los solicitantes con una deuda médica pendiente combinada de Valley Health mayor a \$25,000.00, indique todos los bienes inmuebles, incluyendo su vivienda principal, vivienda secundaria, otras viviendas, alquileres, inversiones y otros bienes inmuebles que sean propiedad del garante o cogarante.

Dirección	Vivienda, negocio, terreno u otro (describa)	Precio de compra	Fecha de compra	Hipotecas pendientes, líneas de crédito, gravámenes	Último valor tasado	Fecha de la última tasación	Capital actual estimado
Vivienda principal							

Incluya una hoja aparte a fin de agregar toda información adicional que considere pertinente para la revisión de la solicitud.

Quien suscribe certifica que todas las declaraciones vertidas en el presente son verdaderas y completas, en las cuales Valley Health (VH) y/o sus procuradores pueden confiar, y se efectúan para inducir a VH y/o su procurador a ampliar el crédito o la asistencia financiera. Quien suscribe autoriza a VH y/o su procurador a investigar su crédito, verificar el historial laboral y divulgar información sobre la experiencia crediticia de VH y/o los procuradores con él. Toda la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación según el criterio de VHS.

Garante _____ Fecha _____
 Cogarante _____ Fecha _____

CASE NAME _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I authorize the following information to be released to Cathy Alger, Pam Griffith, Cindy Lauritzen, Shannon Nuckles, Barbara Perry, Pam Turner, and employees of Valley Health:

- Verification that a Medicaid application has been filed
- Copy of Needs list
- Notice of Action.

I _____, am signing this form

FULL PRINTED NAME OF CONSENTING PERSON OR PERSONS

authorizing the release of this information.

The agency will not give information about you in its records without your authorization. By signing below you give your authorization.

Signed: _____ Date: _____

Client



CASO _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

Cathy Alger, Pam Griffith, Cindy Lauritzen, Shannon Nuckles, Barbara Perry and Pam Turner, **y empleados de Valley Health**, están autorizadas para recibir información acerca de:

- Verificación de haber llenado una solicitud para Medicaid
- Copia de la Lista de Necesidades para Medicaid
- Notificación de la decisión tomada con respecto a mi solicitud para Medicaid o para SLH

YO _____, firmo este

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PERSONAS

documento para autorizar se haga entrega de esta información.

La agencia no dará información de su caso sin esta autorización. Al firmar este documento, usted da consentimiento para que la información sea divulgada.

Firma: _____ Fecha: _____