

VALLEY HEALTH OFRECE DIFERENTES OPCIONES PARA PAGAR CUENTAS:

1. Pago completo al recibir el primer estado de cuenta o carta, o, planes de pago para pagar toda la cantidad
2. Ayuda para inscribirse en Medicaid.
3. La Asistencia Financiera Completa o Parcial está disponible para los pacientes que no califican para Medicaid.
4. Esta solicitud de Asistencia Financiera **no se aplica** a las cuentas de Atención Urgente, cuentas de Valley Home Care, cuentas de Valley Gateway Home Care, cuentas de Valley Medical Transport o cuentas de Salud Ocupacional. Necesita llamar a Valley Regional Enterprises (VRE) al 1-866-887-9008 para pedir una solicitud separada para estos servicios.

Los consejeros financieros de Valley Health están disponibles para contestar sus preguntas y ayudarle a escoger la mejor opción para sus necesidades particulares. Puede hablar con ellos llamando al **1-866-414-4576**, o **por correo electrónico**

al: financial.counselor@valleyhealthlink.com. Revise toda la Política de Asistencia Financiera antes de presentar su solicitud.

1. LLENE TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA. Usted y su cónyuge deben firmar y fechar esta solicitud como Paciente y/o Garante/Cónyuge. Incluya una lista de todos los pagos vencidos. Si la pregunta no se aplica a usted, responda **"N/A"**.

2. DOCUMENTACIÓN DE APOYO: SE NECESITA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA REVISAR SU SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA. LA SOLICITUD SERÁ RECHAZADA SI NO PRESENTA TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA. PARA MÁS INFORMACIÓN, LEA LA SECCIÓN "DOCUMENTACIÓN SOBRE INGRESOS" DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP):

- PRUEBA ACTUAL DE TODOS LOS INGRESOS QUE RECIBE SU FAMILIA
- Una copia de la(s) declaración(s) de impuestos más reciente(s) de todos los miembros de la familia legalmente responsables, de 18 años o más. Si los cónyuges presentan declaraciones de impuestos separadas, debe enviar ambas declaraciones. Si no tiene una copia de su declaración de impuestos, puede obtener una transcripción del IRS llamando al 1-800-829-1040.
- Copias de talones de pago del último mes que tenga disponible, de todos los miembros responsables de la familia.
- Verificación escrita de sus ingresos por parte de su empleador, si le pagan en efectivo.
- Copias de estados de cuenta bancarios de todas las cuentas de chequera, ahorros e inversiones de los dos últimos meses.
- Copias de talones/estados de cuenta/o cheques del Seguro Social, pensión, discapacidad, compensación de trabajador, desempleo, y/o documentación de otras fuentes de ingresos.
- Verificación de pensión alimenticia y/o manutención de niños.
- Si no tiene ingresos u otra persona paga sus gastos diarios, debe explicar la situación en la siguiente pregunta de la solicitud: **"Si no incluye sus ingresos"**.
- Copias de todas las facturas médicas de VHS que se deben, para que los consejeros financieros de VHS puedan incluir toda la deuda médica que tiene con VHS.
- Si está solicitando Asistencia Financiera por Catástrofe: Pruebas de que vive en el área de servicio primario o secundario de VHS, y todas las facturas médicas que le debe a los proveedores de atención médica de Valley Health y que no son de Valley Health, que tiene desde el inicio de su lesión o enfermedad.
- Si se necesita la Verificación de Activos (lea la sección ACTIVOS de la solicitud), incluya los estados de cuenta más recientes u otra documentación:** Cuentas de ahorros, cheques, IRA (cuenta de jubilación) u otras cuentas de retiro. Valor de acciones, bonos, mercados monetarios, etc. Se recomienda que oculte todos los números de cuenta que incluya en dicha documentación.

SE PUEDE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL PARA COMPLETAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD. SE VERIFICARÁ

TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE.

"Este es un intento de cobrar una deuda y cualquier información que se obtenga se usará con ese fin".



RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO (PLS)

Este Resumen de Lenguaje Sencillo, incluida la siguiente sección “**CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD**”, describe en general la Política de Asistencia Financiera (FAP) de Valley Health System (VHS). También incluye un aviso de disponibilidad de la Asistencia Financiera de VHS, que antes se llamaba “Atención de Caridad”, y los servicios de Asesoramiento Financiero de VHS. Toda la FAP brinda una descripción detallada de la disponibilidad, los proveedores y los lugares en los que se aplica esta política. También incluye el reglamento que regula la disponibilidad de FAP y los servicios de Asesoramiento Financiero. La FAP completa está disponible en línea gratis en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. Se pueden obtener copias gratis impresas de la FAP llamando al Departamento de Asesoría Financiera por teléfono, correo electrónico o en persona, como se especifica a continuación en “**CÓMO PRESENTAR SOLICITUDES**”.

Las traducciones están disponibles en los idiomas predominantes de las comunidades que reciben servicios de VHS.

Valley Health ofrece servicios de asesoramiento financiero para ayudar a sus pacientes y familiares u otros individuos que son financieramente responsables (“garantes”) de las facturas de los pacientes de Valley Health y que están preocupados por pagar los servicios médicos de VHS. Este asesoramiento identifica formas de cubrir el costo de cuidados médicamente necesarios. VHS ofrece un Programa de Asistencia Financiera para ayudar a aquellas personas que en realidad no pueden pagar la atención de emergencia o médicamente necesaria que recibieron. Los consejeros financieros guían a los pacientes y garantes (denominados colectivamente «pacientes» en el resto de esta política) que necesitan asistencia. Los consejeros financieros pueden: responder preguntas, colaborar con pacientes y proveedores de cuidados a encontrar programas más adecuados que cubran las necesidades específicas de cada paciente y su capacidad de pago; puede ayudar con el proceso de la Solicitud de Asistencia Financiera, la solicitud, la inscripción, incluso con la derivación a los diversos programas de asistencia o de seguro del gobierno que puedan convenirle al paciente. También pueden establecer planes de pago según las directrices de VHS en los casos de pacientes y proveedores de cuidados que no califican para Asistencia Financiera ni para otro programa. Los consejeros financieros también pueden establecer planes de pago para aquellos que tienen una responsabilidad financiera después de la revisión de la FAP. La ayuda financiera es el último recurso de financiación. Por eso, se espera que los solicitantes de asistencia financiera cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquier programa local, estatal, o federal que podría cubrir el costo de la misma atención médica. Eso incluye los programas de salud para viajeros o cualquier programa organizacional, como los que administran los gobiernos extranjeros o las organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas a ellos. Se recomienda mucho a los pacientes y proveedores de cuidados que estén preocupados por cómo pagarán los servicios médicamente necesarios que se comuniquen con los consejeros financieros de VHS lo antes posible, incluso para servicios médicamente necesarios que esperan recibir en el futuro. Esto es para que la Asistencia Financiera u otros programas de asistencia puedan prepararse para cubrir la mayor cantidad posible de los servicios de atención, y para evitar los procesos innecesarios de facturación y cobro con cargo al paciente.

Tipos de asistencia financiera disponibles: La Asistencia Financiera está disponible para pacientes y garantes que no son elegibles para Asistencia Médica u otro programa de asistencia, y por lo general se basa en el ingreso familiar. Hay un descuento del 100% en Asistencia Financiera para pacientes/garantes que tienen un ingreso familiar combinado de hasta el 200% o menos del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Para las familias con ingresos que están entre el 200% y el 300% del FPL, hay una asistencia financiera parcial disponible en una escala variable. Para las familias con ingresos de más del 300% y hasta el 500% del FPL, existen descuentos por Asistencia Financiera por Catástrofe, si las facturas médicas son más del 30% de los ingresos familiares. Los pacientes/garantes que son elegibles para Asistencia Financiera Parcial y Asistencia Financiera por Catástrofe recibirán facturas con montos que no serán mayores que los montos facturados generalmente (AGB) a las personas aseguradas. Lea toda la FAP y la explicación de cómo se calculan los descuentos parciales y de AGB. Las distribuciones de asistencia financiera pueden disminuir si se dispone de activos significativos para ayudar a cubrir el costo de la atención médica, como se describe en la FAP completa.

Todos los ciudadanos de los Estados Unidos, los residentes permanentes de los Estados Unidos y las personas que tienen la intención de quedarse en los Estados Unidos como residentes permanentes son elegibles para Asistencia Financiera. Los pacientes/garantes que no tienen la intención de quedarse para siempre en los Estados Unidos, o que están en los Estados Unidos con una visa de estudiante o de turista, no son elegibles para la Asistencia Financiera de VHS. Sin importar la condición de residencia, se espera que todos los pacientes cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquier programa local, estatal (cualquier programa estatal elegible, ya sea el estado en donde se ubica actualmente el paciente o su residencia permanente), o programa federal que podría cubrir el costo de la misma atención médica. Esto incluye los programas de salud para viajeros o cualquier programa organizacional, como los que administran los gobiernos extranjeros o las organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas a ellos.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD:

Se anima a los pacientes y cuidadores a que se comuniquen con:

- Consejeros Financieros de VHS por **teléfono al 866-414-4576**, o **por correo electrónico a: financiam.counselor@valleyhealthlink.com** apenas puedan hacerlo.
- La Solicitud de Asistencia Financiera de VHS está en línea en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. También puede encontrar copias impresas gratis de la Solicitud de Asistencia Financiera en los mostradores de inscripción de VHS en todos los hospitales y departamento de emergencias de VHS. También las puede pedir por escrito a la dirección que aparece abajo, o al llamar a los Consejeros Financieros de VHS al número que figura líneas arriba. Puede enviar por escrito su correspondencia, que puede incluir solicitudes de asistencia de asesoramiento financiero, asistencia financiera, solicitudes de asistencia financiera completadas y documentación de apoyo, a la siguiente dirección:

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

Asistencia de Consejer[ia Financiera en persona, que incluye la ayuda para presentar solicitudes y responder a preguntas sobre facturas, atiende de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto días festivos, en nuestro **Centro de Servicio al Cliente** en la Suite 100 del System Support Building de VHS (SSB), que está cerca del lobby principal:

**Customer Service Center 220
Campus Blvd, Suite 100
Winchester, VA 22601**

Todas las demás oficinas de Asesoramiento Financiero en persona en otras instalaciones de Valley Health System están cerradas por la pandemia del COVID-19. El Centro de Servicio al Cliente de SSB se construyó para que brindara más distancia, con divisiones de vidrio y otros tipos de protección que fomentan la seguridad de nuestros visitantes y empleados. Cuando las circunstancias lo permitan se reabrirán otros lugares con atención en persona.

ENVIAR LA SOLICITUD A :

P.O. Box 3340, Winchester, Virginia 22604 -2540
 electrónico a financial.counselor@valleyhealthylink.com

☐ Faxear al : 540 -536 -3288, ☐ envíe un correo
 Teléfono # 866 – 414 - 4576

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de cuenta o de garante de sus gastos en Valley Health: _____

Garante

Co-garante/Cónyuge

Para pedir asistencia financiera para un niño dependiente menor de 21 años, debe completar la información de ambos padres.																	
Nombre				Inicial de segundo nombre		Apellido		Nombre				Inicial de segundo nombre		Apellido			
Seg. Soc. No.			Fecha de nacimiento			Número de niños dependientes (que viven con usted) y sus edades			Seg. Soc. No.			Fecha de nacimiento			Número de niños dependientes (que viven con usted) y sus edades		
<input type="radio"/> Casado (legalmente) <input type="radio"/> Separado - ¿cuánto tiempo? _____ <input type="radio"/> Soltero (incluye soltero, divorciado, viudo)						<input type="radio"/> Casado (legalmente) <input type="radio"/> Separado - ¿cuánto tiempo? _____ <input type="radio"/> Soltero (incluye soltero, divorciado, viudo)											
Nombre a todos los miembros de su hogar, incluido el Garante, el Co-garante, hijos menores de edad, y otros dependientes legales. Agregue una hoja de papel si es necesario.																	
Nombre		Fecha de nacimiento			SSN		¿Trabaja?		Relación con el Garante								
_____		/ / - - -			- - -		S / N		_____								
_____		/ / - - -			- - -		S / N		_____								
_____		/ / - - -			- - -		S / N		_____								
_____		/ / - - -			- - -		S / N		_____								
_____		/ / - - -			- - -		S / N		_____								
Dirección actual						Dirección actual											
_____						_____											
Teléfono () _____						Teléfono () _____											
Cuánto tiempo: _____ años _____ meses						Cuánto tiempo: _____ años _____ meses											
<input type="radio"/> ¿Está comprando? <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquila <input type="radio"/> Vive con sus padres / familia / amigos						<input type="radio"/> ¿Está comprando? <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquila <input type="radio"/> Vive con sus padres / familia / amigos											
Nombre y dirección del empleador						Nombre y dirección del empleador											
_____						_____											
Teléfono: _____						Teléfono: _____											
Fecha de contratación: _____						Fecha de contratación: _____											
Cuánto tiempo		Cargo		Ingreso mensual bruto		Cuánto tiempo		Cargo		Ingreso mensual bruto							
___ años ___ meses		_____		_____		___ años ___ meses		_____		_____							
Otros ingresos		Fuente				Otros ingresos		Fuente									
\$ _____		_____				\$ _____		_____									
Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____						Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____											
Nombre _____						Nombre _____											
Dirección _____						Dirección _____											
Teléfono: () _____						Teléfono: () _____											

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO, INGRESOS Y ACTIVOS:

Página de solicitud 2 de 6

Si no tiene empleo/ingresos, ¿cuál fue la fecha de su último día en su empleo (usted) _____
(cónyuge) _____

¿Reciben usted o su cónyuge beneficios por desempleo? Sí _____ / No _____

En caso responda Sí, ¿cuánto recibe al mes? \$ _____ (adjuntar copia del historial de pagos de beneficios de la Comisión de Empleos)

¿Recibieron en su hogar dinero de algún otro lugar? Sí _____ / No _____

Si respondió Sí, de dónde _____ cuánto al mes \$ _____

Si no incluye ningún ingreso en la lista, EXPLIQUE ¿cómo paga sus gastos?

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

¿Alguna otra persona le declara en su declaración de impuestos?: Sí _____ / No _____
Si la respuesta es Sí, quién (nombre y relación): _____

¿Presentó SU declaración de impuestos en el último año? Sí _____ / No _____.

SI USTED PRESENTÓ SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS: ¿Cuántos dependientes/exoneraciones presentó en su declaración de impuestos del año pasado? (inclúyase usted, cónyuge, hijos)

¿Habrà algún cambio en el número de dependientes/exoneraciones que presente en su declaración de impuestos este año? Si responde sí, explique esos cambios

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

I. Enumere todos los préstamos, tarjetas de crédito, etc. (agregue una hoja más si es necesario)

A quién le debe	Pago mensual	Saldo actual	Al día: S/N?
1. Alquiler / Hipoteca:			
2. Préstamo por vehículo:			
3.			
4.			
5.			

Continúa en la página siguiente

II. Gastos mensuales del hogar

Gastos	Mensual \$	Gastos	Mensual \$
Comida		Electricidad	
Gastos de automóvil/transporte		Agua	
Seguro de automóvil		Teléfono (fijo y móvil)	
Seguro de salud		Gas (calefacción/propano)	
Seguro de vida		Cable	
Seguro de propietario (si no se incluye en el pago de hipoteca o alquiler)		Medicamentos	
Otros (explicar)		Otros (explicar)	

TODA LA INFORMACIÓN QUE ENVÍE ES CONFIDENCIAL

OTROS INGRESOS

III. Enumere todas las fuentes de ingresos del Garante y el Co-garante/cónyuge y otros miembros de la familia. Debe incluir talones de pago, estados de cuentas u otra documentación que respalde cada fuente de ingresos

Fuente/Descripción	Promedio Mensual Ingresos	Pagado por	Pagado a
1. Ingreso principal del garante (salarios de empleado o ingresos por trabajo independiente)			
2. Ingreso secundario del garante (salarios de empleado o ingresos por trabajo independiente)			
3. Ingreso principal del co-garante (salarios de empleado o ingresos por trabajo independiente)			
4. Ingreso secundario del co-garante (salarios de empleado o ingresos por trabajo independiente)			
5. Otro miembro responsable de la familia Ingreso (salarios de empleado o trabajo independiente)			
6. Beneficios del Seguro Social			
7. Beneficios de jubilación ferroviaria y/o para veteranos			
8. Ingresos por dividendos o intereses superiores a \$10/mes			
9. Pensión alimenticia y manutención de niños			
10. Desempleo y beneficios de compensación a los trabajadores			
11. Otros ingresos (describir)			
12. Otros ingresos (describir)			

Continúa en la página siguiente

ACTIVOS

Si usted debe o cree que deberá \$500 o más en gastos médicos a Valley Health, revise la Política de Asistencia Financiera de Valley Health para informarse sobre cuáles activos y a qué niveles se pueden considerados recuperables como parte del Cálculo de Asistencia Financiera de VH. Debe presentar una copia del estado de cuenta más reciente de cada una de las cuentas que incluyó.

IV. Si usted debe o cree que deberá \$500 o más en gastos médicos a Valley Health, detalle todo el dinero en efectivo que tiene, y el valor de cualquier cuenta personal de cheques y ahorros que son de propiedad o copropiedad del garante o el co-garante, que sean para uso personal y en beneficio del garante y/o co-garante.

Tipo de cuenta/institución	¿Es:	Propietario (Guardián/Co-guardián)	¿De propiedad conjunta?
1. Dinero en efectivo que tiene	\$ _____.		
2. Cuenta de cheques	SÍ o NO Si la respuesta es Sí, presente estados de cuenta		
3. Cuentas de ahorros	SÍ o NO Si la respuesta es Sí, presente estados de cuenta		
4. Otras cuentas disponibles	SÍ o NO Si la respuesta es Sí, presente estados de cuenta		

V. En el caso de solicitantes que tienen una deuda médica pendiente de pago combinada de Valley Health que es mayor de:

- \$10,000.00 pero menor de \$25,000.00, incluya el valor actual de cualquier capital de acciones, bonos u otros documentos de inversión que el garante controle y tenga disponibles para beneficio y uso personal, sin incluir las cuentas de jubilación sujetas al reglamento del IRS.
- \$25,000.00, incluya el valor actual de todos los 401K, 403B, IRA, Roth IRA, y cualquier otro plan de ahorros de jubilación designado por el IRS. No incluya los números de cuenta. **NO INCLUYA** cuentas de ahorros de estudios universitarios. Si necesita más espacio agregue una hoja de papel con su nombre y los números de cuenta de Valley Health.
- No incluya números de cuenta y oculte los números de los estados de cuenta que envíe con esta solicitud.

Descripción, tipo de cuenta de jubilación y propietario	Valor de mercado actual (Es suficiente el valor del último estado de cuenta)

VI. En el caso de solicitantes que tienen una deuda médica pendiente de pago combinada de Valley Health que es mayor de \$25,000.00, enumere todas las propiedades, incluida su residencia principal, segundo hogar, otros hogares, alquileres, inversión y cualquier otra propiedad inmueble que pertenezca al garante o co-garante.

Dirección	Casa, trabajo, terreno baldío u otro (describir)	Precio de compra	Fecha de compra	Hipotecas pendientes de pago, líneas de crédito, gravámenes	Último precio tasado	Última fecha de tasación	Estimado de inversión privada
Residencia principal							

Agregue una hoja separada para incluir cualquier información adicional que pueda ser relevante para la revisión de su solicitud.

El abajo firmante certifica que todas las declaraciones dadas en esta solicitud son verdaderas y completas, y que Valley Health (VH) y/o sus cesionarios pueden basarse en ellas. Asimismo, dichas declaraciones se hacen para que VH y/o su cesionario considere extender algún crédito o asistencia financiera. El abajo firmante autoriza que VH y/o su cesionario investiguen su crédito, verifiquen su historial de empleo, y divulguen información sobre la experiencia de crédito de VH y/o cesionarios con ellos. Toda la información dada en esta solicitud puede ser verificada si así lo considera VHS.

Garante _____ Fecha _____

Co-garante _____ Fecha _____

Continúa en la página siguiente

NOMBRE DEL CASO _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo que la siguiente información se entregue a Cathy Alger, Shannon Nuckles, Barbara Gim, Barbara Perry, Pam Runion y empleados de Valley Health:

Verificación de que se ha presentado una solicitud de
Medicaid Copia de Lista de necesidades
Aviso de acción.

Yo _____, firmo este formulario

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PERSONAS QUE BRINDAN CONSENTIMIENTO

que autorizan la divulgación de esta información.

La institución no incluirá información sobre usted en sus registros sin su autorización. Al firmar abajo usted da su autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Cliente



CASO _____

AUTORIZACIÓN PARA BRINDAR INFORMACIÓN

Cathy Alger, Shannon Nuckles, Barbara Gim, Barbara Perry, Pam Runion, **y empleados de Valley Health**, están autorizados a recibir la siguiente información:

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: _____

Cliente