



ASISTENCIA FINANCIERA

REDACTADO POR: Tara Pizzi, gerente de asesoramiento financiero, CNE	PÁGINA: 1 de 12	FECHA DE VIGENCIA: 1 de octubre de 2024	NÚMERO DE POLÍTICA: CNE FIN-102
	REVISADO POR: Andrew Burke, director financiero, CNE	REVISADO POR: Krysten Blanchette, vicepresidente de ciclos de ingresos, CNE	APROBADO POR: Todd Conklin, vicepresidente ejecutivo, director financiero, CNE

- I. **Propósito.** El propósito de esta Política de Asistencia Financiera (FAP) es garantizar que Care New England (en lo sucesivo, identificado como CNE) cumpla con las normas establecidas por el Estado de Rhode Island y las Agencias Federales para la Provisión de Atención Benéfica y la sección §501(r) del Código de Impuestos Internos. La asistencia financiera está destinada a garantizar que todos los pacientes reciban servicios esenciales de emergencia y otros servicios de atención médica que sean médicamente necesarios provistos por CNE independientemente de su capacidad de pago. Con tal fin, CNE brindará asistencia a las personas que de otra forma no tienen la capacidad de pagar los cargos, según lo determinen los criterios de calificación de CNE, y considera la capacidad de cada persona de contribuir al costo de su atención. La asistencia financiera de CNE no está destinada a reemplazar la asistencia o programas de seguros patrocinados por el empleador, comprados de forma privada, responsabilidad de terceros, o financiados por fondos federales o estatales.
- II. **Alcance.** Esta Política se aplica a Care New England (CNE) y todos los hospitales de Care New England, y las entidades específicas que se definen a continuación:
1. Butler Hospital
 2. Kent Hospital
 3. Women & Infants Hospital
 4. The Providence Center**
 5. VNA of Care New England
 6. Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
 7. Kent Ancillary Services, LLC
 8. W&I Ancillary Services, LLC
 9. W&I Health Care Alliance, LLC
 10. Affinity Physicians, LLC
 11. Faculty Physicians Incorporated, LLC

Una lista de los proveedores adicionales que eligen seguir el Plan de Asistencia Financiera de CNE y los proveedores que no participan (Proveedores participantes y no participantes) se define en el Apéndice 1.

**The Providence Center (TPC) se incluye como una entidad de CNE en esta política. Sin embargo, TPC también cuenta con una política en la que se destacan requisitos de aplicaciones específicos como un Centro de Salud Mental Comunitario (TPC-FIN-103).

III. Política. Todos los pacientes recibirán tratamiento por todos los servicios de emergencia y de atención médica que sean médicamente necesarios, independientemente de su capacidad de pago, tal como se describe en la Política de CNE sobre la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Mano de Obra Activa (EMTALA). Puede obtener copias de esta política, sin cargo, llamando al Departamento de Cumplimiento de CNE al (401) 277-3660.

- a. La decisión de proporcionar asistencia financiera se basa exclusivamente en el estado financiero del solicitante según lo indiquen los requisitos predeterminados de elegibilidad y se otorgará a todos los pacientes elegibles, independientemente de su raza, color, religión, edad, nacionalidad de origen, estado civil o situación legalmente protegida. Esta política se aplicará de manera uniforme a todos los pacientes que no tengan seguro o cuyo seguro de salud sea inadecuado.
- b. Los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera por los servicios de emergencia y todos los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios. Los servicios de atención médica médicamente necesarios se definen como servicios de hospital que se requieren razonablemente para establecer un diagnóstico, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de las afecciones que ponen en peligro la vida o que causan sufrimiento o dolor, o que resultan en enfermedad o dolencias, o que amenazan con causar o agravar una discapacidad, o que causan una deformidad o defecto físico, y no existe otro curso de tratamiento igualmente efectivo, más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio.
- c. Los pacientes elegibles para la Atención Benéfica de CNE son elegibles para cobertura de medicamentos recetados con descuento o gratuita. El medicamento recetado debe derivarse y estar relacionado con la atención provista por una Entidad Cubierta por CNE 340B (Hospitales de Atención Aguda dentro del Sistema de Care New England). Cuando se cumplen los elementos de la definición del paciente de 340B (conforme a la definición de HRSA), se puede utilizar un medicamento de 340B.

IV. Definiciones. Los términos en mayúsculas que no se definan de otra forma a continuación pero que se utilicen en esta Póliza tendrán los significados asignados a ellos en esta Política.

- a. *Importes Generalmente Facturados (AGB):* Conforme al Código de Impuestos Internos ("IRC") §501(r)(5), en el caso de la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, los importes generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubra tal atención.
- b. *Porcentaje de los Importes Generalmente Facturados:* Un porcentaje de los cargos brutos que un centro hospitalario utiliza para determinar el AGB para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que brinda a

- una persona elegible para la asistencia conforme a esta FAP.
- c. *Período de Solicitud*: El período de tiempo en que una persona puede solicitar asistencia financiera. Para cumplir con los criterios que se describen en IRC §501(r)(6), CNE otorga a las personas hasta 240 días desde la fecha en que la persona recibe la primera facturación posterior al alta para solicitar la asistencia financiera.
 - d. *Criterios de Elegibilidad*: Los criterios establecidos en esta FAP (y respaldados por el procedimiento) utilizados para determinar si un paciente es elegible o no para la asistencia financiera.
 - e. *Afecciones Médicas de Emergencia*: Definidas dentro del significado de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
 - f. *Acciones Extraordinarias de Cobro ("ECA")*: Incluye cualquiera de las acciones siguientes tomadas por CNE contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta en virtud de esta FAP. Las ECA incluyen, entre otras, acciones que requieren un proceso legal o judicial, el envío de información adversa a agencias de informe de crédito del consumidor u oficinas de crédito, la colocación de un embargo o ejecución de bienes inmuebles, embargar o confiscar una cuenta bancaria o el embargo del sueldo, y diferir, denegar o requerir el pago antes de proporcionar atención médica que no es de emergencia debido a la falta de pago de una deuda por atención provista anteriormente cubierta por la Política.
 - g. *Familia*: Conforme a la definición de la Oficina de Censos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
 - h. *Ingresos Familiares*: Los Ingresos Familiares se determinan en base a la definición de la Oficina de Censos, que utiliza los siguientes ingresos para calcular los lineamientos de pobreza:
 - i. Ganancias por ingresos, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguro Social, Ingresos de Seguridad Suplementarios, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos por pensión o retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otros recursos varios.
 - i. *Elegible para FAP*: Personas elegibles para la asistencia financiera completa o parcial conforme a esta política.
 - j. *Lineamientos del Nivel Federal de Pobreza*: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos establece los lineamientos del nivel federal de pobreza ("FPL") de forma anual, y estos se utilizan en esta FAP para determinar la elegibilidad financiera.
 - k. *Asistencia Financiera*: Servicios de atención médica gratuitos o con descuento ofrecidos a las personas que no pueden pagar todo o una porción de sus servicios médicos.
 - l. *Cargos Brutos*: El precio total establecido por la atención médica que se cobra de manera coherente y uniforme a los pacientes antes de aplicar subsidios contractuales, descuentos o deducciones.
 - m. *Resumen en Lenguaje Sencillo ("PLS")*: Una declaración escrita que informa a una persona que CNE ofrece asistencia conforme a esta FAP y proporciona información adicional de forma clara, concisa y fácil de entender.

- n. *Persona con Seguro Insuficiente*: Una persona que tiene cierto nivel de seguro o cobertura de terceros, pero aún tiene gastos de atención médica de bolsillo que exceden su capacidad financiera. El seguro insuficiente incluye, entre otros, deducibles, coseguro, copagos, beneficios agotados y límites de beneficios de por vida.
- o. *Persona sin Seguro*: Una persona que no tiene ningún nivel de seguro o cobertura de terceros, incluido Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de seguro gubernamental o comercial, para ayudar a pagar los servicios de atención médica.
- p. *Servicios no Cubiertos*: Servicios que no están cubiertos por los beneficios/plan de seguro del paciente y en consecuencia no serán pagados por el plan de seguro del paciente.

V. Procedimiento.

- a. Los pacientes que no tienen un seguro de salud o que tienen una cobertura inadecuada del seguro de salud son elegibles para solicitar el programa. Para ser considerado para la asistencia financiera en virtud de la Política de Asistencia Financiera, el paciente o su representante legal deben presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completada (incluida la documentación/información relacionada)(Apéndice 2) y deben cooperar con CNE proporcionando la información y documentación necesaria para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar su atención médica, como Medicare, Medicaid, Ritcare, responsabilidad de terceros, etc.
- b. La Política de Asistencia Financiera de CNE, el Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS), el formulario de solicitud y los documentos requeridos se pueden obtener en el sitio web de CNE: www.carenewengland.org. Adicionalmente, las personas pueden solicitar sin cargo los documentos por correo o llamando al (401) 921-7200.
- c. Adicionalmente, CNE publicitará esta FAP y el PLS en las entidades que atendemos. Se puede acceder a la Asistencia Financiera de la siguiente forma:
 - i. Los pacientes o sus representantes pueden solicitar asistencia financiera
 - ii. Los empleados de CNE pueden derivar a los pacientes o sus representantes
 - iii. Los médicos que realizan derivaciones pueden derivar a los pacientes o sus representantes
- d. Se otorgará asistencia financiera completa a los pacientes cuyos ingresos familiares brutos sean inferiores o iguales al 200 % de los Niveles Federales de Pobreza (FPL), ajustados para el tamaño del grupo familiar, en tanto tales pacientes no sean elegibles para otra cobertura de salud privada o pública y no se exceda el umbral de protección de activos. En los casos en que el paciente/garante es elegible para la Asistencia Financiera conforme al criterio de ingresos pero no cumple el criterio de activos, CNE proporcionará el mayor descuento ofrecido conforme a la escala variable. La responsabilidad máxima para el paciente/garante será los activos reales menos los umbrales correspondientes de activos o los límites de tope máximo definidos por las reglamentaciones de Rhode Island y las reglamentaciones federales, que incluyen IRS §501(r), el monto que sea inferior (Apéndice 3).
- e. Los pacientes con ingresos brutos entre el 201 % y el 300 % del FPL y que no exceden el umbral de protección de activos también son elegibles para la asistencia financiera para una porción de la factura médica, según una escala

variable (Apéndice 3). La responsabilidad financiera del paciente está sujeta al límite de tope máximo definido por las reglamentaciones del Estado de Rhode Island y las reglamentaciones federales, que incluyen IRS §501(r) o según lo establezca CNE periódicamente. La responsabilidad máxima cobrada al paciente/garante no excederá el AGB, la ley estatal o cualquier otro criterio establecido por CNE, el monto que sea menor. La información relacionada con las limitaciones establecidas por CNE y la escala variable pueden obtenerse sin cargo llamando al Servicio de Atención al Cliente de CNE al (401) 921-7200.

- f. CNE seguirá los procedimientos establecidos de cobro para obtener el pago de las personas con una obligación financiera después de aplicar el esquema de tarifas variables tal como se describe en la Política de Facturación y Cobros de CNE. Se informará la Asistencia Financiera a los pacientes sin seguro en el momento del alta. También se informará a todos los pacientes, asegurados y no asegurados, sobre la FAP a través del proceso de facturación del paciente con respecto a los 120 días después de la primera facturación de la atención posterior al alta ("Período de Notificación"). Adicionalmente, las personas pueden solicitar documentos de Asistencia Financiera por correo, llamando al (401) 921-7200, o en persona en cualquier hospital de CNE.
- g. Para ser elegible para la asistencia financiera al 100 % o la asistencia financiera parcial, los activos líquidos máximos (sin incluir la residencia primaria y el automóvil personal) no deberán exceder los umbrales indicados en la Escala Variable para personas y unidades familiares y debe aumentarse anualmente de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor más reciente. Si estos umbrales impiden la capacidad de una persona de calificar para los programas de Asistencia Médica de Rhode Island, CNE reemplazará tales umbrales por los utilizados por los programas de Asistencia Médica de Rhode Island. Puede consultar los umbrales de Asistencia Médica de Rhode Island en línea en:
<http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
 - i. Una unidad familiar, conforme a la definición de la Oficina de Censos, es un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
 - ii. La cantidad o porcentaje de los cargos totales cobrados de la porción de pago privado será equivalente o inferior al Monto Generalmente Facturado (AGB)(Apéndice 4) según a la definición: Conforme al Código de Impuestos Internos ("IRC") §501(r)(5), en el caso de la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, los importes generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubra tal atención.
 - iii. Si se recibe una solicitud incompleta de FAP, CNE enviará a la persona un aviso escrito que describa la información o documentación adicional requerida para tomar una decisión elegible sobre la FAP, junto con un Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS), y otorgará a la persona 30 días para presentar la información. CNE también suspenderá cualquier ECA para obtener el pago de la atención durante este plazo. Las personas recibirán un número de teléfono para llamar si tienen alguna pregunta con respecto a la información o documentación adicional requerida. Los requisitos de documentación se destacan en el Apéndice 5.
 - iv. El vicepresidente de la Gestión de Ciclos de Ingresos o la persona designada deben aprobar las excepciones que exceden los beneficios de la política estándar.

- h. El paciente/garante puede apelar una denegación de elegibilidad para asistencia financiera mediante la presentación de una verificación adicional de ingresos o el tamaño del grupo familiar dentro de 30 días de la recepción de la notificación de la denegación. El vicepresidente de la Gestión de Ciclos de Ingresos o la persona designada deberán revisar todas las apelaciones para tomar una determinación final. Según la definición de CNE, una apelación requiere una revisión de un nivel de la gerencia al menos un grado más alto que el del revisor original. La solicitud de apelación debe procesarse dentro de 30 días de la recepción de una solicitud de apelación. Se debe enviar una notificación escrita de los resultados de la apelación al paciente/garante.
- i. Monto Cobrado: La cantidad o porcentaje de los cargos totales cobrados de la porción de pago privado no será mayor que el Monto Generalmente Facturado (AGB), tal como se indica en la reglamentación IRS §501(r)(5).
- j. Si un paciente no tiene seguro y cumple con los criterios para ser elegible para un descuento para personas no aseguradas conforme a la definición en la Política de Crédito de CNE, la responsabilidad máxima cobrada al paciente/garante no excederá el AGB, la ley estatal o cualquier otro criterio establecido por CNE, el monto que sea menor.
 - i. Programas de Descuento:
 1. Descuento por Beneficios Comunitarios: Todos los pacientes sin seguro reciben un descuento del 65 % por los servicios médicamente necesarios, independientemente de su capacidad de pago.
 2. Descuento por Pago Adelantado: Todos los pacientes sin seguro son elegibles para recibir un descuento del 70 % en el pago de la responsabilidad esperada en la fecha del servicio, o antes. Este descuento se aplicará a cualquier responsabilidad adicional no esperada en tanto que el paciente entregue el pago completo dentro de treinta (30) días de la factura final. Si el pago de la responsabilidad esperada excede la responsabilidad, CNE emitirá un reembolso al paciente dentro de 30 días de que se completen los cargos.
 3. Descuento por Pago Inmediato: Todos los pacientes sin seguro que ya no se beneficien con el descuento por pago anticipado son elegibles para un descuento del 10 % sobre su saldo, en tanto que el paciente entregue el pago completo dentro de treinta (30) días de la factura final.
- k. CNE se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera si determina que un paciente a sabiendas presentó información falsa sobre su condición financiera, el número de dependientes o cualquier otra información necesaria para determinar la situación financiera para los fines de esta política.
- l. El 'Aviso de Asistencia Financiera del Hospital' estará disponible en los sitios web de CNE, facturas de pacientes y por solicitud. También se colocará un afiche en los Departamentos de Emergencia, los vestíbulos principales, las oficinas y las áreas de admisión/registro en todo CNE.
- m. Los Criterios para la Asistencia Financiera deben estar disponibles en otros idiomas, de acuerdo con los "Estándares para Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados en la Atención Médica" de aplicación (Estándares 4 y 7, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964). El Director debe aprobarlos y ponerlos a disposición de todas las personas ante tal solicitud. CNE realizará todos los esfuerzos posibles por garantizar que las políticas se comuniquen claramente a los pacientes cuyo idioma principal no sea el que ya se

entregó. Se pueden proporcionar servicios de traducción por solicitud.

APROBACIÓN/REVISIÓN:

05/03/2018: se aprobó la versión inicial de la política

Se aprobó la revisión: 10/01/2020

Se aprobó la revisión; 06/21/2021

Se aprobó la revisión: 10/01/2021

Se aprobó la revisión: 10/01/2022

Se aprobó la revisión: 12/01/2023

REEMPLAZOS:

Finanzas 1

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 1

Proveedores participantes	Proveedores no participantes
Baxter, Kelly MD	Atlantic Pediatrics
Bower, Jonathan MD	Correira, David MD
Cabral, Lisa MD	Delvecchio, Jane-Joseph
Erinakes, Christina MD – Tollgate OBGYN	Leonard, Polly MD
Gallucci, Robert MD	Segal, Leonard MD
Hamid, Rabia MD – RI Eye Institute	South County Hospital
Koster, Michael MD – Pediatrics Infectious Diseases	Williams, Elena MD
Mancini, T MD	
Prompt, Patricia MD	
Silva, Monica MD- Hasbro Children’s Hospital Gastroenterology	
Kent Radiation	

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 2

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL

Cualquier aprobación de esta solicitud es temporal y caduca 12 meses después de la fecha de aprobación

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants		Fecha: _____
Paciente:	Garante/Cónyuge:	
N.º de HC:	N.º de HC:	
Fecha de nacimiento:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	
N.º del Seguro Social (si se emitió):	Teléfono residencial:	
Teléfono residencial:	Teléfono laboral:	
Teléfono laboral:	Relación con el paciente:	
Dirección residencial:	Dirección:	
Ocupación y empleador:		
Dirección del empleador:		

Idioma: Inglés No inglés

Origen étnico: Hispano No hispano No se identifica origen étnico

Raza: Asiático Indio americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Nativo de Hawái/Isla del Pacífico

Blanco Otra raza o razas múltiples No se identificó la raza

Proporcione la información siguiente para TODOS los miembros de la unidad familiar, CON EXCEPCION del paciente o el garante.			
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
INGRESOS MENSUALES	ACTIVOS		
Salario y sueldo del paciente:	Ahorros:		
Salario y sueldo del cónyuge:	Cuenta corriente:		
Salario y sueldo del garante:	Certificados de depósito (CD):		
Ingresos por trabajo independiente:	Cuentas en el mercado de dinero:		
Ingresos para el cuidado infantil:	Bonos de ahorro:		
Ingresos por rentas:	Acciones:		
Compensación por desempleo:	Bonos:		
Seguro por discapacidad temporal:	Fondos mutuos:		
Manutención infantil:	Cuentas IRA:		
Pensión alimentaria:	Cuentas 401(k):		
Compensación por accidentes de trabajo:	Cuentas 403(b):		
Beneficios de Asuntos de Veteranos (VA):	Cuentas 457:		
Pagos del Seguro Social:	Seguro de vida con valor de rescate:		
Ingresos por dividendos e intereses:	Bienes personales:		
Regalías:	2.ª vivienda y propiedades en alquiler:		
Pensiones:	2.ª vehículo motorizado:		
Asistencia pública:	TOTAL:		
Otros:			
INGRESOS MENSUALES:			
INGRESOS ANUALES:			

"Solicito al hospital que tome una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del hospital. También comprendo que si la información que proporciono es falsa, se me puede denegar la asistencia financiera y puedo ser responsable del pago de los servicios provistos por el hospital. Por el presente certifico que la información en esta solicitud es completa y correcta según mi leal saber y entender, y que comprendo el proceso y mis responsabilidades".

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del hospital: _____ Fecha: _____

SOLO PARA FINES INTERNOS	
Aprobado por: _____	Fecha: _____
Denegado por: _____	Fecha: _____
Cobertura de seguro: _____	Asistencia médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios relacionados con lesiones laborales y otro tipo de accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Comentarios: _____	
Tamaño del grupo familiar: _____	Nivel de FPG: _____ % de FPG: _____
DESCUENTO (%): _____	DESCUENTO (\$): _____
Responsabilidad máxima del paciente: _____	

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 2 (continuación)

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL - SEGURO INSUFICIENTE

Cualquier aprobación de esta solicitud es temporal y caduca 12 meses después de la fecha de aprobación

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants	Fecha:
Paciente:	Garante/Cónyuge:
N.º de HC:	N.º de HC:
Fecha de nacimiento:	N.º del Seguro Social (si se emitió):
N.º del Seguro Social (si se emitió):	Teléfono residencial:
Teléfono residencial:	Teléfono laboral:
Teléfono laboral:	Relación con el paciente:
Dirección residencial:	Dirección:
Ocupación y empleador:	
Dirección del empleador:	
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No Inglés	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> No se identifica origen étnico	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza o razas múltiple <input type="checkbox"/> No se identificó la raza	

Proporcione la información siguiente para TODOS los miembros de la unidad familiar, CON EXCEPCIÓN del paciente o el garante.

Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º del Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de HC:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección residencial:		

INGRESOS MENSUALES	MONTO	ACTIVOS	MONTO	GASTOS/PASIVOS MENSUALES	MONTO
Salario y sueldo del paciente		Ahorros		Pago de hipoteca o renta	
Salario y sueldo del cónyuge		Cuenta corriente		Saldo actual	
Salario y sueldo del garante		Certificados de depósito (CD)		Impuesto a la propiedad, si no se incluye en el pago de la hipoteca	
Ingresos por trabajo independiente		Cuentas en el mercado de dinero		Servicios públicos: Gas/Electricidad/Acoite	
Ingresos para el cuidado infantil		Bonos de ahorro		Cable/Internet	
Ingresos por rentas		Acciones		Teléfono	
Compensación por desempleo		Bonos		Pagos de automóviles o pagos de arrendamiento	
Seguro por discapacidad temporal		Fondos mutuos		Saldo actual	
Manutención infantil		Cuentas IRA		Pagos de tarjeta de crédito	
Pensión alimentaria		Cuentas 401(k)		Saldo actual	
Beneficios de Asuntos de Veteranos (VA)		Cuentas 403(b)		Préstamos en cuotas	
Pagos del Seguro Social		Cuentas 457		Saldo actual	
Ingresos por dividendos e intereses		Seguro de vida con valor de rescate		Seguro de automóvil	
Regalías		Bienes personales		Seguro combinado familiar	
Pensiones		2.ª vivienda y propiedades en alquiler		Gastos médicos	
Asistencia pública		Automóviles adicionales		Comestibles	
Otros				Otros gastos	
INGRESOS MENSUALES:					
INGRESOS ANUALES:		TOTAL:		TOTAL:	

"Solicito al hospital que tome una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del hospital. También comprendo que si la información que proporciono es falsa, se me puede denegar la asistencia financiera y puedo ser responsable del pago de los servicios provistos por el hospital. Por el presente certifico que la información en esta solicitud es completa y correcta según mi leal saber y entender, y que comprendo el proceso y mis responsabilidades".

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del hospital: _____ Fecha: _____

SOLO PARA FINES INTERNOS	
Aprobado por: _____	Fecha: _____
Denegado por: _____	Fecha: _____
Cobertura de seguro: _____	Asistencia médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios relacionados con lesiones laborales y otro tipo de accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Comentarios: _____	
Tamaño del grupo familiar: _____ Nivel de FPG: _____ % de FPG: _____	
DESCUENTO (%): _____ DESCUENTO (\$): _____	
Responsabilidad máxima del paciente: _____	

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 3

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

3/1/2024

CNE Financial Assistance Eligibility Guidelines												
Summary of Sliding Scale Discounts and Maximum Patient Liability												
Income as % of Federal Poverty Level	100% and below	101%-200%	201%-210%	211%-220%	221%-230%	231%-240%	241%-250%	251%-260%	261%-270%	271%-280%	281%-290%	291%-300%
<i>Sliding Scale Discount to the Patient</i>	100%	100%	80%	60%	40%	20%	10%	10%	10%	5%	5%	5%
<i>Maximum Annual Patient Liability</i> See Incomes Below (multiply the income by <i>max annual %</i>)	0%	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Income for Family Size of 1	\$15,060	\$30,120	\$31,626	\$33,132	\$34,638	\$36,144	\$37,650	\$39,156	\$40,662	\$42,168	\$43,674	\$45,180
Income for Family Size of 2	\$20,440	\$40,880	\$42,924	\$44,968	\$47,012	\$49,056	\$51,100	\$53,144	\$55,188	\$57,232	\$59,276	\$61,320
Income for Family Size of 3	\$25,820	\$51,640	\$54,222	\$56,804	\$59,386	\$61,968	\$64,550	\$67,132	\$69,714	\$72,296	\$74,878	\$77,460
Income for Family Size of 4	\$31,200	\$62,400	\$65,520	\$68,640	\$71,760	\$74,880	\$78,000	\$81,120	\$84,240	\$87,360	\$90,480	\$93,600
Income for Family Size of 5	\$36,580	\$73,160	\$76,818	\$80,476	\$84,134	\$87,792	\$91,450	\$95,108	\$98,766	\$102,424	\$106,082	\$109,740
Income for Family Size of 6	\$41,960	\$83,920	\$88,116	\$92,312	\$96,508	\$100,704	\$104,900	\$109,096	\$113,292	\$117,488	\$121,684	\$125,880
Income for Family Size of 7	\$47,340	\$94,680	\$99,414	\$104,148	\$108,882	\$113,616	\$118,350	\$123,084	\$127,818	\$132,552	\$137,286	\$142,020
Income for Family Size of 8	\$52,720	\$105,440	\$110,712	\$115,984	\$121,256	\$126,528	\$131,800	\$137,072	\$142,344	\$147,616	\$152,888	\$158,160

For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person
Asset protection threshold; individual \$9,400; Family \$14,100

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 4

Monto Generalmente Facturado (AGB)

De acuerdo con IRC §501(r)(5), CNE utiliza el método retroactivo para calcular su porcentaje del AGB. El % del AGB se calcula en forma anual y se basa en todas las reclamaciones permitidas por Medicare, sola o en combinación con Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud en un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados con estas reclamaciones. El % del AGB correspondiente se aplicará a los cargos brutos para determinar el AGB.

Si se determina que una persona es elegible para la asistencia financiera conforme a esta Política de Asistencia Financiera (FAP), no se le cobrará un monto superior al AGB por cualquier emergencia u otros servicios de atención médica médicamente necesarios. A cualquier persona elegible para el FAP siempre se le cobrará el AGB o cualquier descuento disponible en virtud de esta política, el monto que sea menor.

Vigencia a partir del 1 de octubre de 2023 y 1 de octubre de 2024, respectivamente:

CNE Operating Unit	AGB	
	FY 2025	FY 2024
Butler Hospital	32%	28%
Kent County Memorial Hospital	29%	30%
Women and Infants Hospital	34%	33%

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 5

La documentación siguiente, si corresponde, debe acompañar una solicitud de Asistencia Financiera de Care New England:

1. Declaración de impuestos con documentación de respaldo del año más reciente presentado.
2. Registros de ingresos* (*consulte la explicación detallada a continuación*)
3. Comprobantes de sueldo actuales (mínimo de 4 semanas)
4. Carta de asignación de beneficios por discapacidad
5. Carta de asignación del Seguro Social (no se requiere si se presenta un comprobante de depósito directo y extracto bancario)
6. Ingreso de los padres (declaración de ingresos) cuando la persona que solicita la asistencia financiera es estudiante
7. Registros de activos** (*consulte la explicación detallada a continuación*)
8. Extractos bancarios que incluyan la cuenta de ahorro, cuenta corriente, extractos de inversiones, anualidades, certificados de depósito, cuentas en el mercado de dinero, acciones, bonos, pensiones y cuentas IRA
9. Valor en efectivo de las pólizas del seguro de vida.
10. Bienes personales (que no sea la residencia principal y un automóvil para uso personal)
11. Aprobación/denegación de asistencia médica o HealthSource RI
12. Copia del certificado de defunción, si corresponde.
13. Comprobante de estado de estudiante, si corresponde.
14. Carta de apoyo, si corresponde.
15. Gastos y pasivos
16. Extracto más reciente de hipoteca/renta, impuestos a la propiedad, servicios públicos, pago/arrendamiento de automóviles, tarjetas de crédito, préstamos en cuotas, seguro de automóvil/vivienda, gastos médicos y otros gastos.

*Registros de ingresos: Ingreso se refiere a los recibos anuales totales reales o estimados del salario, sueldo, ingresos por trabajo independiente, ingresos para el cuidado infantil, ingresos por rentas, compensación por desempleo, seguro por discapacidad temporal, manutención infantil, pensión alimentaria, compensación del trabajador, beneficios de veteranos, pagos del Seguro Social, ingresos por dividendos e intereses, regalías, pensiones privadas y públicas, y asistencia pública. También se incluyen los beneficios por huelga, ganancias netas de lotería y apuestas, y pagos del seguro por única vez o compensación por lesiones que se reciban en el año calendario en que se solicita la asistencia financiera para los servicios del hospital.

**Registros de Activos: Activos se refiere a dinero en efectivo, equivalente al efectivo y otros activos tangibles que se puedan convertir en dinero en efectivo, que incluyen efectivo disponible, cuentas de ahorro, cuentas corrientes, certificados de depósito (CD), cuentas en el mercado de dinero, acciones (comunes y preferidas), bonos, fondos mutuos, cuentas IRA, cuentas 401(k), cuentas 403(b), cuentas 457, valor de canje de las pólizas del seguro de vida, bienes personales, automóviles que no sean para uso personal, segunda vivienda y propiedades en alquiler. Los activos no incluyen la residencia principal y el automóvil para uso personal.