

<b>TITULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:</b> <b>13 de diciembre de 2013</b> <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN:</b> <p style="text-align: right;"><b>28 de febrero de 2019</b></p>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 1 de 9

El objetivo de esta política es cumplir con la política de asistencia financiera requerida por la Sección de Ingresos Internos 501(r). Esta política establece un marco según el cual St. David's Healthcare Partnership (SDHP) identificará a los pacientes que pueden reunir los requisitos para recibir asistencia financiera con respecto a la atención de emergencia y a la médicamente necesaria.

Para garantizar que todos los pacientes estén adecuadamente informados sobre esta política, SDHP ha realizado lo siguiente:

- La información sobre la Política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de la política y la Solicitud de asistencia financiera y las instrucciones para completarla están disponibles en el sitio web de SDHP en: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- En el momento de la inscripción, a los pacientes se les proporciona un documento que describe la disponibilidad del descuento para personas sin seguro, así como otras opciones de descuento que pueden estar disponibles (Anexo 1).
- La Solicitud de asistencia financiera está disponible en los centros y por correo.
- Carteles con información destacada sobre la misión de caridad y las pautas están presentes en todos los puntos de admisión.
- Se proporciona a los pacientes un documento titulado "Una guía para su factura hospitalaria". Este documento explica el proceso de facturación y también proporciona información sobre la Política de asistencia financiera.
- Se proporciona un resumen de esta política a las organizaciones locales sin fines de lucro cercanas a los hospitales de SDHP.

**SISTEMA DE ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN CARITATIVA**

**Solicitud.** Para calificar para la atención de caridad, SDHP requiere que se complete la Solicitud de asistencia financiera de SDHP (Anexo 2).

SDHP puede usar la validación electrónica de un proveedor externo (es decir, la metodología de calificación crediticia) para brindar asistencia financiera a los pacientes que no hayan cumplido con el requisito de completar una Solicitud de asistencia financiera.

La Solicitud de asistencia financiera, la Política de asistencia financiera y (eliminar el enter y acomodar)

**TÍTULO: Política de asistencia financiera**

<p><b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital</li> </ul>
--	--

<p><b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare</p>	<p><b>PÁGINA:</b> 2 de 9</p>
---	------------------------------

un resumen de la política de asistencia financiera en lenguaje sencillo están disponibles previa solicitud por escrito a la siguiente dirección (especifique inglés, español, vietnamita, chino simplificado, coreano o árabe). Si necesita ayuda, puede comunicarse con los servicios de la cuenta del paciente en la siguiente dirección o llamar al número de teléfono que figura a continuación:

*Patient Account Services*  
**6000 N.W. Parkway Ste. 124**  
**San Antonio, TX 78249**

Georgetown Hospital	<b>866-396-1025</b>
Heart Hospital of Austin	<b>866-291-3547</b>
North Austin Medical Center	<b>866-391-2015</b>
Round Rock Medical Center	<b>866-391-2017</b>
South Austin Medical Center	<b>866-391-2018</b>
St. David's Medical Center	<b>866-391-2021</b>
St David's Surgical Hospital	<b>855-890-3304</b>

La Solicitud permite la recopilación de información de acuerdo con la ley estatal y los requisitos de ingresos y documentación que se detallan a continuación. En el caso de visitas repetidas al hospital, (eliminar enter)

SDHP intentará volver a verificar con el paciente o la parte responsable la Solicitud y la información de ingresos para cada encuentro posterior; sin embargo, se debe obtener una nueva Solicitud y una nueva documentación de respaldo después de que hayan transcurrido doce meses.

Cálculo de familiares inmediatos. Los pacientes que solicitan asistencia financiera deben verificar el número de familiares en su hogar.

*Adultos.* Al calcular el número de miembros de la familia en el hogar de un paciente adulto, incluya al paciente, el cónyuge del paciente y cualquier dependiente.

*Menores.* Al calcular el número de miembros de la familia en el hogar de un paciente menor de edad, incluya al paciente, a la madre del paciente, a los dependientes de la madre del paciente, al padre del paciente y a los dependientes del padre del paciente.

Cálculo de ingresos. Los pacientes deben proporcionar el ingreso anual de su hogar.

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 3 de 9

*Adultos.* Para los adultos, de acuerdo con esta Política, el término "Ingreso anual" para propósitos de clasificación como Financieramente indigente o Médicamente indigente hace referencia a la suma del ingreso bruto anual total del paciente y su cónyuge.

*Menores.* Si el paciente es menor de edad, el término "Ingreso anual" significa el ingreso bruto anual total del paciente, la madre del paciente y el padre del paciente.

**Verificación de ingresos.** Los pacientes o la parte responsable deben verificar los ingresos informados en la Solicitud de asistencia financiera de acuerdo con los Requisitos de documentación que se detallan a continuación.

**Requisitos de documentación.** Los ingresos informados en la Solicitud de asistencia financiera pueden verificarse a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

**Indicadores de ingresos.** Mediante la provisión de documentación financiera de terceros, que puede incluir, entre otros, el Formulario W-2 del IRS, Declaración de salarios e impuestos; remesa del cheque de pago; declaraciones de impuestos individuales; verificación telefónica por parte del empleador; estados de cuenta bancarios; remesas de pago del Seguro Social, avisos de pago de seguro de desempleo, Cartas de determinación de compensación por desempleo o validación electrónica de un proveedor externo (es decir, metodología de calificación crediticia). Además, la Compañía considera la demografía económica del código postal en el que reside el paciente.

**Participación en un Programa de beneficio público.** Mediante la provisión de documentación que muestre la participación actual en un programa de beneficio público como Medicaid; Programa de salud para indigentes del condado; Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC); cupones de alimentos; Programa mujeres, bebés y niños (WIC); Texas Healthy Kids; Programa de seguro de salud infantil, u otros programas similares relacionados con la indigencia. Se requiere comprobante de participación en cualquiera de los programas anteriores con la Solicitud de asistencia financiera completada.

**Procedimiento de verificación.** Al determinar el ingreso total de un paciente, SDHP puede considerar otros activos y pasivos financieros del paciente, así como el ingreso familiar del paciente y la capacidad de pago de la familia del paciente. Si se determina que un paciente tiene (eliminar enter) la capacidad de pagar el resto de la factura, tal determinación no excluye una nueva

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 4 de 9

evaluación de la capacidad del paciente para pagar al presentar documentación adicional.

*Clasificación pendiente de verificación de ingresos.* SDHP puede considerar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de las fechas de servicio. Durante el proceso de verificación, mientras SDHP recopila la información necesaria para determinar los ingresos de un paciente, el paciente puede ser tratado como un paciente que paga en forma privada de acuerdo con las políticas de SDHP.

*Información inconsistente o incompleta.* Esta política de ninguna manera limita la capacidad de SDHP para llevar a cabo una auditoría adicional con respecto a la capacidad de pago de un paciente si la información proporcionada por el paciente durante el proceso de solicitud parece ser inconsistente o estar incompleta. Por ejemplo, SDHP puede elegir preguntar por qué se informaron pocos o ningún activo si los ingresos de un paciente son altos.

*Falsificación de la información.* La falsificación de información puede resultar en el rechazo de la Solicitud de asistencia financiera. Si, después de que se le otorgue asistencia financiera a un paciente, SDHP considera que las disposiciones materiales de la Solicitud de asistencia financiera no son ciertas, el estado de atención de caridad puede ser revocado y la asistencia financiera puede ser retirada.

**Clasificación como Financieramente indigente** Financieramente indigente se refiere a una persona sin seguro o con seguro insuficiente que es aceptada para recibir atención sin obligación de pagar los servicios prestados según el Sistema de elegibilidad de atención de caridad, o pagarlos con descuento.

*Clasificación.* A los pacientes solo se les puede otorgar la clasificación de Financieramente indigente si su ingreso anual es menor o igual al 200% de las pautas de pobreza actualizadas anualmente en el Registro federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("Pautas federales de pobreza"). Las Pautas federales de pobreza actualizadas deben aplicarse a partir del primer día del mes siguiente a su publicación.

**Clasificación como médicamente indigente** Médicamente indigente se refiere a un paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias, después del pago por parte de terceros pagadores, exceden un porcentaje específico del ingreso anual de la persona y no puede pagar el resto de la factura.

*Evaluación inicial.* Para ser considerado para la clasificación como paciente médicamente indigente, la cantidad adeudada por el paciente después del pago de todos los terceros pagadores debe exceder el diez por ciento (10%) del ingreso anual del paciente y el paciente debe ser incapaz de pagar el

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 5 de 9

resto de la factura. Si el paciente no cumple con este criterio de evaluación inicial, el paciente no puede ser clasificado como Médicamente indigente.

Aceptación. SDHP puede aceptar a un paciente que cumpla con los criterios de evaluación inicial para Médicamente indigentes y cumpla con los criterios que se detallan a continuación:

- (i) **Ingreso anual entre el 200% y el 500% de las Pautas federales de pobreza.** El ingreso del paciente debe ser mayor al 200% pero menor o igual al 500% de las Pautas federales de pobreza. En estos casos, el SDHP determinará el monto de asistencia de caridad financiera otorgada a estos pacientes según el Ingreso anual del paciente en comparación con las pautas de pobreza actualizadas anualmente en el Registro federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("Pautas federales de pobreza"). El rango de descuento variará del 40% al 90%. El descuento no asegurado se aplicará al saldo restante adeudado después de que se aplique el descuento de caridad.
  
- (ii) **Indigencia médica catastrófica.** Los pacientes con cuentas anormalmente grandes pueden reunir los requisitos para la clasificación catastrófica cuando su saldo restante excede un porcentaje específico de sus ingresos. En tales casos, SDHP determinará el monto de la asistencia financiera mediante el cálculo del monto necesario para reducir el saldo restante a un porcentaje razonable de los ingresos del paciente que oscila entre el 10% y el 40%. Consulte la sección "Procedimientos de aprobación" a continuación, donde el paciente puede obtener más información sobre este cálculo.

**Procedimientos de aprobación.** SDHP trabajará con todos los pacientes no asegurados para determinar la elegibilidad para Medicaid o asistencia caritativa, como se describe en el "Documento de información del paciente no asegurado" que se adjunta como Anexo 1. Los pacientes serán notificados por correo de la elegibilidad para recibir asistencia financiera una vez que la solicitud haya sido revisada y procesada. Al revisar una solicitud de aprobación, la Administración del Centro de servicios compartidos (SSC) tomará la determinación de elegibilidad, incluida una determinación de que se realizaron esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad. Dicho administrador también puede realizar una investigación adicional sobre la información disponible, como los activos, etc., para determinar la capacidad del paciente para pagar, o realizar una consulta adicional con respecto a la calificación del paciente para fondos gubernamentales u otros.

En el caso de que un paciente no reúna los requisitos para asistencia de caridad, o si el paciente es responsable de una parte del saldo después de que se haya aplicado la asistencia de caridad, el descuento para no asegurados u otros descuentos aplicables serán aplicados a la cuenta.

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013</b> <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 6 de 9

El monto adeudado no excederá los montos generalmente facturados a los pacientes con seguro según lo determinado mediante el método de revisión descrito en las Regulaciones del Servicio de impuestos internos. Los pacientes pueden solicitar información sobre este cálculo enviando una solicitud a:

*Patient Account Services  
6000 N.W. Parkway Ste. 124  
San Antonio, TX 78249*

Tenga en cuenta que si no presenta una solicitud de asistencia financiera dentro de los 120 días a partir de la fecha del resumen de facturación, el centro hospitalario (u otra parte autorizada) puede tomar ciertas medidas en su contra para obtener el pago de la factura, incluidas, entre otras, reportar información adversa sobre la deuda que tiene con el hospital a las agencias de informes crediticios o agencias de crédito, y/o presentar una demanda civil para obtener un fallo en su contra por el monto que debe al hospital.

**RESERVA DE DERECHOS**

SDHP se reserva el derecho de limitar o rechazar la asistencia financiera a su entera discreción.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS**

Adjunta como Anexo 3, y completamente incorporada en este documento para referencia, se encuentra una lista de proveedores que pueden brindar servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en los hospitales de SDHP. El Anexo 3 especifica qué proveedores están cubiertos y qué proveedores no están cubiertos por esta Política de asistencia financiera. Los proveedores de procedimientos electivos u otro tipo de atención que no sea atención de emergencia o de otra manera médicamente necesaria no están cubiertos por la Política de asistencia financiera. El Anexo 3 adjunto se actualiza de forma mensual.

Los miembros del público pueden obtener una copia del Anexo 3 mediante una solicitud por escrito a la siguiente dirección: Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249; o llamando al número de teléfono del centro que figura en la Política de asistencia financiera. Los pacientes también pueden descargar una copia del Anexo 3 de este sitio web: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 7 de 9

## Anexo 1

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Número de cuenta : \_\_\_\_\_

### Documento de información del paciente no asegurado

Este documento está destinado a ayudar a proporcionar información de los aspectos financieros de su atención médica a los pacientes sin seguro. Los pacientes cubiertos por automóvil, responsabilidad civil de terceros u otro reembolso a quienes se pueda facturar por estos servicios, no calificarán para el descuento para no asegurados.

Este documento también proporciona opciones disponibles para ayudarlo a resolver su cuenta. En un esfuerzo por ayudar a los pacientes sin seguro, HCA aplicará un descuento a su cuenta y luego trabajará con usted para resolver el saldo restante de su cuenta.

La siguiente información es un resumen de cómo se procesará una cuenta no asegurada y las opciones de descuento que pueden estar disponibles para usted. Si ha recibido un procedimiento electivo de tarifa plana o cosmético, estos descuentos no se aplican. De lo contrario, HCA hace un descuento a todas las facturas no aseguradas. Se espera que el saldo descontado adeudado en la cuenta se pague en su totalidad al momento del servicio.

Los cargos totales por los servicios prestados se aplican a la cuenta.

El descuento no asegurado se aplica a los cargos totales, lo que reduce el saldo de la cuenta. Si no puede pagar el saldo total de la cuenta con el descuento, trabajaremos con usted para establecer acuerdos de pago mensuales.

Si no puede establecer acuerdos de pago mensuales, lo ayudaremos a solicitar asistencia de Medicaid

Si obtiene Medicaid, les facturaremos y usted solo será responsable de cualquier cargo no cubierto

Si no reúne los requisitos para Medicaid, puede completar la Solicitud de asistencia financiera, proporcionar la documentación de respaldo según sea necesario y hacer que esta visita sea revisada para un posible descuento de Caridad.

Si califica para un descuento de Caridad basado en las Pautas federales de pobreza, se considerará que su cuenta está pagada en su totalidad. Si no cumple con las Pautas federales de pobreza requeridas, deberá hacer arreglos para resolver su factura de inmediato.

HCA ofrece un descuento del 100% en cuentas de caridad aprobadas. Todas las demás cuentas no aseguradas recibirán un descuento parcial.

Firma de la parte responsable/paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SSD.FT.COLL.627 Documento de información del paciente no asegurado

### **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE NO ASEGURADO**

Fecha de nacimiento:  
St. David's Medical Center

<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 8 de 9

Anexo 2 1 de 2

### Solicitud de asistencia financiera a St. David's Healthcare Partnership

Nombre del paciente	Número de cuenta del paciente
Número de teléfono	Número de seguro social
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Empleador (nombre, dirección, número de teléfono)	
Nombre del cónyuge	Número de seguro social
Padre del paciente (si el paciente es menor)	Número de seguro social
Madre del paciente (si el paciente es menor)	Número de seguro social
	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

**A. Salarios:** Indique los salarios de cada una de las siguientes personas en su hogar.

Paciente	\$ _____	Marcar uno:	Padre del paciente (si el paciente es menor)	\$ _____	Marcar uno:	hora/semana/mes/año
Cónyuge	\$ _____		Madre del paciente (si el paciente es menor)	\$ _____		hora/semana/mes/año

**B. Otros recursos:** Proporcione la cantidad total de otros recursos que tenga, incluidas cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, etc. \$ \_\_\_\_\_  
 Indique la cantidad de ingresos anuales que recibe de estos otros recursos. Incluya ingresos por intereses, dividendos, ingresos por alquileres, etc. \$ \_\_\_\_\_

**C. Miembros de la familia:** Indique la cantidad total de personas en el hogar del paciente \_\_\_\_\_

**D. Verificación de ingresos:** Proporcione cualquiera de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formulario W-2 del IRS</li> <li>● Remesa del cheque de pago</li> <li>● Declaración de impuestos</li> <li>● Extractos de cuenta bancarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verificación del empleador</li> <li>● Comprobante de participación en programas de asistencia gubernamental, como cupones de alimentos. CDIC Medicaid o AFDC</li> <li>● Cartas de determinación de compensación de desempleo o de seguridad social</li> <li>● Otro (describa)</li> </ul>
--	---

Si no puede proporcionar una de las fuentes de la documentación de ingresos enumerada anteriormente, explique por qué esta información no está disponible:  
 \_\_\_\_\_

Entiendo que St. David's Healthcare Partnership (SDHP) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera ("Solicitud") en relación con la evaluación de SDHP de esta Solicitud y, mediante mi firma, autorizo a mi empleador a certificar la información provista en esta Solicitud. También autorizo a SDHP a solicitar informes de agencias de informes crediticios y de la Administración de la seguridad social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender. Soy consciente de que la falsificación de la información en esta Solicitud puede dar como resultado el rechazo de la asistencia financiera.

Entiendo que cualquier asistencia financiera se basa en mi incapacidad para pagar y que, si se dispone de una nueva fuente de ingresos, SDHP puede anular su concesión de asistencia financiera en su totalidad o en parte.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o la parte responsable Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado de SDHP, si alguna parte de la Solicitud de asistencia financiera fue completada por un empleado de SDHP Fecha \_\_\_\_\_



<b>TÍTULO: Política de asistencia financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 13 de diciembre de 2013 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de febrero de 2019</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 9 de 9

Anexo 2 2 de 2

## Información e instrucciones para la Solicitud de asistencia financiera de St. David's Healthcare Partnership

### *Instrucciones:*

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad y en cumplimiento de uno de los propósitos caritativos del sistema de atención médica de St. David's, St. David's Healthcare Partnership elige proporcionar asistencia financiera a las personas que cumplan con ciertos requisitos de ingresos.

Para determinar si una persona puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera como se describe en esta solicitud. Su cooperación nos permitirá prestar la debida atención a su solicitud de asistencia financiera.

Complete la Solicitud de asistencia financiera y entregue el formulario completo al Representante de registro; también puede enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Patient Account Services  
6000 N.W. Parkway Ste. 124  
San Antonio, Tx. 78249

### *Sección A: Salarios*

En la Sección A de la Solicitud de asistencia financiera, indique el monto en dólares que recibe cada persona en la lista como compensación, y si la cantidad representa una compensación por hora, semana, mes o año.

### *Sección B: Otros recursos*

En el primer espacio en blanco en la Sección B de la Solicitud de asistencia financiera, indique el monto en dólares que ha invertido en cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, etc. En el segundo espacio en blanco, indique el monto de ingresos en dólares que recibe anualmente de dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio en blanco uno puede poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorros y en el segundo espacio en blanco puede poner que gana \$250 de intereses anuales por esa cuenta.

### *Sección C: Miembros de la familia*

La sección C de la Solicitud de asistencia financiera solicita información sobre el número de personas en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a sus dependientes. Si el paciente es menor de edad, incluya al paciente, a la madre y/o al padre y/o tutor legal del paciente y a los dependientes residentes de la madre y/o del padre y/o del tutor legal del paciente.

### *Sección D: Verificación de ingresos*

Para considerar su solicitud de asistencia financiera, se requiere la verificación de los salarios informados en la Sección A de la Solicitud de asistencia financiera. Proporcione una copia del Formulario W-2 del IRS, Declaración de salarios e impuestos; remesa de cheques de pago; declaración de impuestos; extracto bancario u otro indicador apropiado de ingresos o una prueba de participación en un programa de beneficios públicos como Seguro Social, compensación por desempleo, Medicaid, Programa de salud para indigentes del condado, Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC), seguro de desempleo, cupones de alimentos, Programa mujeres, bebés y niños (WIC); Texas Healthy Kids; Programa de seguro de salud infantil, u otros programas similares relacionados con la indigencia.

También puede verificar su salario haciendo que su empleador proporcione una verificación por escrito o haciendo que su empleador hable con un representante de SDHP.

***Si no puede proporcionar una de las fuentes de la documentación de ingresos enumeradas anteriormente, proporcione una explicación por escrito en la Sección A de la Solicitud de asistencia financiera.***

### *Servicios de médicos*

Los médicos que prestan servicios no son empleados de St. David's Healthcare Partnership. Recibirá facturas por separado de su médico privado y de otros médicos cuyos servicios haya requerido. Para preguntas relacionadas con estas facturas, o para hacer arreglos de pago por servicios médicos, comuníquese con el consultorio del médico individual.