

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL-*COBERTURA DE SEGURO INSUFICIENTE*

Las aprobaciones de esta solicitud son de carácter transitorio y expiran a los 12 meses de la fecha de aprobación

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Fecha:
Paciente:	Garante/Cónyuge:
N.º de historia clínica:	N.º de historia clínica:
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social (si se emitió):
N.º de Seguro Social (si se emitió):	Teléfono de la casa:
Teléfono de la casa:	Teléfono laboral:
Teléfono laboral:	Relación con el paciente:
Dirección de la casa:	Domicilio:
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"/> Origen étnico sin identificar	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro o múltiples razas <input type="checkbox"/> Raza sin identificar	

Incluya los siguientes datos con respecto a TODOS los integrantes de la unidad familiar, EXCEPTO los del Paciente o Garante.

Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		

INGRESOS MENSUALES	MONTO	ACTIVOS	MONTO	GASTOS MENSUALES/RESPONSABILIDADES	MONTO
Salario y jornales del paciente		Ahorros		Pago de hipoteca o alquiler	
Salario y jornales del cónyuge		Cuenta de cheques		Saldo actual _____	
Salario y jornales del garante:		Certificados de depósito (CD)		Impuestos inmobiliarios si no están incluidos en el pago de hipoteca	
Ingresos por el trabajo por cuenta		Cuentas de mercado monetario		Servicios: Gas/Electricidad/Combustible _____	
Ingresos por cuidado de niños		Bonos de ahorros		Cable/Internet _____	
Ingresos por alquiler		Acciones		Teléfono _____	
Compensación por desempleo		Bonos		Pagos por automóvil o por alquiler de vehículo	
Seguro por incapacidad transitoria		Fondos mutuos		Saldo actual _____	
Manutención de hijos		Cuentas de retiro individual (IRA)		Pagos de tarjeta de crédito	
Pensión alimenticia		Planes 401(k)		Saldo actual _____	
Beneficios de la VA (para veteranos)		Planes 403(b)		Cuotas de préstamos	
Pagos de Seguro Social		Planes 457		Saldo actual _____	
Ingresos por intereses y dividendos		Valor en efectivo del seguro de vida		Seguro de vida	
Regalías		Bienes personales		Seguro de la propiedad	
Jubilaciones		Segunda casa y alquiler de propiedades		Gastos médicos	
Asistencia pública		Otros vehículos automotores		Comestibles	
Otro				Otros gastos	
INGRESOS MENSUALES:					
INGRESOS ANUALES:			TOTAL:		TOTAL:

«Solicito que el hospital determine la elegibilidad de ayuda financiera. Entiendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del hospital. También entiendo que si la información que presento es falsa, se me podrá denegar la ayuda financiera y quizá deba pagar los servicios hospitalarios provistos. Por la presente doy fe de que la solicitud está completa y sus datos son correctos a mi leal saber y entender, y que entiendo el procedimiento y mis responsabilidades.»

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del hospital: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Denegado por: _____ Fecha: _____

Cobertura del seguro: _____ Asistencia médica: Sí No

Servicios relacionados con accidente laboral u otro tipo de accidente: Sí No

Comentarios: _____

Cantidad de miembros de familia: _____ Nivel FPG: _____ %FPG: _____

DESCUENTO (%): _____ DESCUENTO (\$): _____

Máximo de responsabilidad del paciente: _____

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL

Las aprobaciones de esta solicitud son de carácter transitorio y expiran a los 12 meses de la fecha de aprobación

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Fecha:
Paciente:	Garante/Cónyuge:	
N.º de historia clínica:	N.º de historia clínica:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	
N.º de Seguro Social (si se emitió):	Teléfono de la casa:	
Teléfono de la casa:	Teléfono laboral:	
Teléfono laboral:	Relación con el paciente:	
Dirección de la casa:	Domicilio:	
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"/> Origen étnico sin identificar		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro o múltiples razas <input type="checkbox"/> Raza sin identificar		

Incluya los siguientes datos con respecto a TODOS los integrantes de la unidad familiar, EXCEPTO los del Paciente o Garante.

Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
INGRESOS MENSUALES	ACTIVOS		
Salario y jornales del paciente:	Ahorros:		
Salario y jornales del cónyuge:	Cuenta de cheques:		
Salario y jornales del garante:	Certificados de depósito (CD):		
Ingresos por el trabajo por cuenta propia:	Cuentas de mercado monetario:		
Ingresos por cuidado de niños:	Bonos de ahorros:		
Ingresos por alquiler:	Acciones:		
Compensación por desempleo:	Bonos:		
Seguro por incapacidad temporal:	Fondos mutuos:		
Manutención de hijos:	Cuentas de retiro individual (IRA):		
Pensión alimenticia:	Planes 401(k):		
Indemnización laboral:	Planes 403(b):		
Beneficios de la VA (para veteranos):	Planes 457:		
Pagos de Seguro Social:	Valor en efectivo del seguro de vida:		
Ingresos por intereses y dividendos:	Bienes personales:		
Regalías:	Segunda casa y alquiler de propiedades:		
Jubilaciones:	Segundo vehículo automotor:		
Asistencia pública:	TOTAL:		
Otro:			
INGRESOS MENSUALES:			
INGRESOS ANUALES:			

«Solicito que el hospital determine la elegibilidad de ayuda financiera. Entiendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del hospital. También entiendo que si la información que presento es falsa, se me podrá denegar la ayuda financiera y quizá deba pagar los servicios hospitalarios provistos. Por la presente doy fe de que la solicitud está completa y sus datos son correctos a mi leal saber y entender, y que entiendo el procedimiento y mis responsabilidades.»

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del hospital: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Denegado por: _____ Fecha: _____

Cobertura del seguro: _____ Asistencia médica: Sí No

Servicios relacionados con accidente laboral u otro tipo de accidente: Sí No

Comentarios: _____

Cantidad de miembros de familia: _____ Nivel FPG: _____ %FPG: _____

DESCUENTO (%): _____ DESCUENTO (\$): _____

Máximo de responsabilidad del paciente: _____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Family Size	FPG											
2023 Patient liability		0%	20%	40%	60%	80%	90%	90%	90%	95%	95%	95%
1	14,580	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
2	19,720	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
3	24,860	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
4	30,000	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
5	35,140	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
6	40,280	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
7	45,420	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
8	50,560	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,123	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

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 porcentaje del AGB se calcula de forma anual y se basa en todas las reclamaciones permitidas por la tarifa por servicio de Medicare + 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 importe que sea menor.

Vigencia a partir del 1 de octubre de 2022:

Butler Hospital 31 %

Kent County Memorial Hospital 28 %

Women and Infants Hospital 35 %

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Anexo 2

REQUISITOS PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA – PERSONAS NO ASEGURADAS

Se debe entregar la siguiente documentación, si corresponde, junto con una solicitud de Asistencia financiera de Care New England.

- 1) Declaración de impuestos con documentación de respaldo para el año más reciente según el archivo.
- 2) Registros de ingresos* (*ver explicación detallada a continuación*)
 - a) Recibos de sueldo actuales (mínimo de 4 semanas)
 - b) Carta de determinación de incapacidad
 - c) Carta de adjudicación del Seguro Social (no es necesaria si se realiza un depósito directo y se proporciona un resumen bancario)
 - d) Ingresos del padre o la madre (declaración de impuestos) cuando la persona que solicita asistencia financiera es un estudiante
- 3) Registros de activos** (*ver explicación detallada a continuación*)
 - a) Estados de cuentas bancarios, incluidas cuentas de ahorros, cuentas de cheques, declaraciones de inversión, anualidades, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, acciones, bonos, pensiones y cuentas individuales de retiro (IRA, por sus siglas en inglés)
 - b) Valor en efectivo de pólizas de seguro de vida.
 - c) Bienes personales (no incluye inmueble de residencia principal ni vehículo automotor de uso personal)
- 4) Aprobación/denegación de Asistencia médica y/o HealthSource RI
- 5) Copia del certificado de defunción, si corresponde.
- 6) Constancia de la condición de estudiante, si corresponde.
- 7) Carta de apoyo, si corresponde.

***Registros de ingresos:** Los ingresos son el total estimado anual de dinero en efectivo que recibe el individuo antes de impuestos en concepto de salario, sueldo, trabajo por cuenta propia, cuidado infantil, ingreso por alquileres, seguro de desempleo, seguro de incapacidad temporaria, manutención infantil, pensión alimenticia, indemnización por accidente laboral, beneficios de veteranos, pagos del seguro social, ingresos por dividendos e intereses, regalías, pensiones privadas y públicas, y asistencia pública. También se incluyen entre los ingresos los beneficios de huelga, las ganancias netas de lotería y apuestas y los pagos de suma única del seguro o la indemnización por lesiones recibida en el año calendario en el cual se solicitó la ayuda financiera para los servicios de hospital.

****Registros de activos:** Los activos son los montos en efectivo, equivalentes a efectivo y otros bienes tangibles que se pueden convertir a efectivo, por ejemplo, dinero en efectivo en mano, cuentas de ahorros, cuentas de cheques, Certificados de depósito (CD), cuentas del mercado monetario, acciones (comunes y privilegiadas), bonos, fondos mutuos, IRA, 401(k), 403(b), 457, valor en efectivo de pólizas de seguro de vida, bienes personales, vehículos automotores que no sean para uso personal, segundas viviendas y propiedades de alquiler. Quedan excluidos de los activos la residencia principal y el vehículo automotor de uso personal.