



**TRIHEALTH, INC.
POLÍTICA CORPORATIVA**

TÍTULO: Asistencia financiera para atención hospitalaria y consulta médica (Atención gratuita, atención caritativa, indigencia médica y descuento del pago a cuenta del paciente)	
SECCIÓN: 07	NÚMERO DE POLÍTICA: 06,00
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 12/2010	FECHAS DE REVISIÓN: 12/2010, 06/2012, Formulario de orientaciones actualizado: 02/2014, 08/2014, 03/2017
<u>ÁREAS AFECTADAS</u> Todas las entidades de TriHealth. Esta Política reconoce que existen otras políticas y procedimientos aplicables que han sido redactadas, aprobadas y adoptadas por la entidades (y departamentos) en TriHealth y que son específicas para dichos departamentos o entidades. La interpretación de dichas otras políticas debe cumplir con los principios adoptados por la Política corporativa #12 01.00, “Desarrollo e implementación de políticas corporativas”.	
PROPIETARIO DE LA POLÍTICA: Vicepresidente senior y director financiero	
APROBADO POR: Comité de políticas y procedimientos corporativos Presidente de servicios de salud y director de operaciones del sistema Presidente y director ejecutivo Consejo directivo	

PROPÓSITO

Define las orientaciones conforme a las cuales se determina la elegibilidad de los pacientes para recibir atención gratuita o asistencia financiera, e identifica quién es responsable de administrar las orientaciones.

ANTECEDENTES

El Hospital Good Samaritan fue fundado por la Hermanas de la Caridad, mujeres generosas que vieron necesidades e intentaron satisfacerlas. Las Diaconisas Metodistas Alemanas, que fundaron el Hospital Bethersda, también fueron mujeres generosas que trataron de ofrecer atención a las personas necesitadas. Las dos fundadoras de TriHealth buscaron contribuciones de la comunidad para ayudarlas a cuidar de los pobres, porque la misión no se puede lograr ni sobrevivir sin la financiación adecuada. TriHealth continúa esta tradición de respuesta a las necesidades legítimas de la comunidad con su atención gratuita y a bajo costo para pacientes elegibles, mediante su Política de Asistencia Financiera para atención hospitalaria y consulta médica (la “Política”).

- Estándar de la TJC:
- Agencias reguladoras: Departamento de Medicaid de Ohio (ODM); Servicio de rentas internas, IRC §501(r)

- Licenciamiento
- Otro: Estándar departamental

POLÍTICA

TriHealth está comprometida con proporcionar asistencia financiera a las personas que tengan necesidades de atención en salud y que no tengan seguro, estén subaseguradas, sean inelegibles para un programa gubernamental o que por otro motivo no puedan pagar la atención médicamente necesaria debido a su situación financiera individual y a los criterios de elegibilidad.

No se considera que la asistencia financiera sea sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de TriHealth para obtener asistencia financiera u otras formas de pago y para contribuir a los costos de su atención con base en su capacidad de pago individual. Esto también aplica para Medicaid o los productos en el Mercado de Seguros de Salud (Mercado), si corresponde. Se anima a que las personas que tengan la capacidad financiera para comprar un seguro de salud lo hagan como medio para acceder a los servicios de atención en salud, por su salud personal y para la protección de sus activos individuales.

Para que TriHealth gestione responsablemente sus recursos y proporcione el nivel de asistencia apropiado para la mayor cantidad de personas necesitadas, se definieron las siguientes orientaciones para la prestación de asistencia financiera a los pacientes.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

TriHealth ofrece atención médica de emergencia sin discriminar respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera conforme a esta Política. TriHealth no desanima a los pacientes a solicitar atención de emergencia mediante acciones como solicitar que los pacientes paguen antes de recibir atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, conforme a EMTALA, se proporcionan a todos los pacientes de TriHealth de manera no discriminatoria.

PROCEDIMIENTO

I. Servicios elegibles

Los Servicios Elegibles de conformidad con esta Política (los “Servicios elegibles”) incluyen todos los servicios de emergencia y otros médicamente necesarios, incluidos los siguientes. Consulte en el Anexo B la lista de centros y proveedores incluidos.

- Servicios hospitalarios agudos, sean emergentes, intrahospitalarios o ambulatorios
- Servicios prestados por médicos de TriHealth en un centro de TriHealth (factura profesional)
- Vistas a consultorios de médicos TriHealth u otros proveedores empleados

Los servicios excluidos de esta Política incluyen los siguientes:

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios no facturados por TriHealth, incluidos servicios médicos, servicios de salud domiciliarios, servicios de ambulancia, etc.
- Cirugía cosmética electiva, procesos de esterilización y reversión de esterilización electivos, y diagnósticos, tratamientos y pruebas de evaluación de fertilidad asociadas.
- Servicios no cubiertos por Medicaid.
- Medicamentos para el hogar de farmacias minoristas.
- Elementos para comodidad del paciente.

TriHealth tiene una lista de proveedores que no son empleados de TriHealth pero prestan Servicios elegibles, y dicha lista indica si esta Política se aplica o no a dichos proveedores. La lista está disponible en línea en: <http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/> y se puede obtener un ejemplar impreso gratis en Bethesda North Hospital 10500 Montgomery Rd, Cincinnati, OH 45242/Good Samaritan Hospital 375 Dixmyth Ave, Cincinnati, OH 45220 o llamando al teléfono (513) 865-5148/ (513) 862-4745.

II. Programas de asistencia financiera para pacientes elegibles basada en la necesidad financiera

Cualquier paciente que reciba un Servicio elegible puede ser elegible para participar en uno de los siguientes Programas de asistencia financiera, si el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios:

A. Elegibilidad para atención gratuita mediante el Programa de Aseguramiento de Atención Hospitalaria de Ohio (HCAP): La elegibilidad para HCAP será considerada únicamente para servicios hospitalarios y para residentes del estado de Ohio. Los residentes de Ohio que soliciten asistencia financiera y cumplan los requisitos de elegibilidad conforme a lo dispuesto por el Programa de Aseguramiento de Atención Hospitalaria (HCAP), como se administra mediante el Departamento de Medicaid de Ohio, se considerarán elegibles para HCAP. La atención gratuita está basada en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza que publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS) en el Registro Federal (vea el Anexo A).

B. Elegibilidad para obtener asistencia financiera basada en necesidad financiera: La elegibilidad para la asistencia financiera, financiada por TriHealth, será evaluada para las personas que no tienen seguro, están subaseguradas, son inelegibles para un programa gubernamental o que por otro motivo no puedan pagar su atención, de acuerdo a la determinación de necesidad financiera de conformidad con esta Política. La decisión de otorgar asistencia financiera se basará en una evaluación financiera individual, y no tomará en cuenta edad, género, raza, orientación sexual o afiliación religiosa.

1. **Descuento por no tener seguro o estar subasegurado:** Los pacientes que no tienen seguro o están subasegurados podrán recibir un descuento entre el ochenta y el ciento por ciento (80 a 100 %) del saldo del paciente, de acuerdo a su ingreso familiar y necesidad financiera, determinado de acuerdo con los niveles de pobreza federal para Servicios Elegibles (consulte el Anexo A). El monto del descuento ofrecido en todos los casos deberá ser lo suficientemente grande para que el paciente no sea personalmente responsable de pagar más de los montos generalmente facturados (MGF).
2. **Elegibilidad presuntiva:** En caso de que TriHealth carezca de evidencia que apoye la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, TriHealth utilizará agencias o fuentes de datos

externas para determinar los montos de ingreso estimados como base para la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera y los posibles montos de los descuentos. Los pacientes sin seguro o subasegurados, que cumplan cualquiera de los siguientes criterios, podrán recibir elegibilidad presuntiva:

1. Pacientes cuyo estado es “sin hogar” o “transitorio”
2. La cuenta se identifica en un aviso de bancarrota oficial
3. El paciente muere sin activos propios
4. Participante en programas de Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
5. Elegibilidad para cupones de alimentación
6. Elegibilidad para programa de alimentación escolar subvencionada
7. La dirección válida proporcionada es de una vivienda de bajos ingresos o subsidiada

C. Indigencia médica: Los pacientes cuyas facturas médicas por Servicios Elegibles exceden el ciento por ciento (100 %) del ingreso familiar del paciente luego de aplicar todos los demás descuentos, como se describe en el siguiente párrafo D, pueden recibir un descuento adicional del monto restante luego de la aplicación de todos los demás descuentos, igual a lo que sea mayor de (i) el sesenta por ciento (60 %) o (ii) el monto necesario para garantizar que la porción de la factura original por la cual el paciente es responsable sea menor que el MGF de la factura original.

D. Asistencia deducible: Si el paciente necesita asistencia con su saldo luego del seguro (como los deducibles), el paciente o el familiar pueden aplicar para el programa de asistencia financiera del hospital. La asistencia financiera se puede otorgar para la porción de la factura que es responsabilidad del paciente, con base en el ingreso familiar y la necesidad financiera según se determine mediante los niveles de pobreza federal para los Servicios Elegibles (consulte el Anexo A).

III. Descuento del pago por cuenta propia del paciente: no basado en necesidad financiera

El siguiente descuento no se basa en la necesidad financiera ni en satisfacer los criterios de elegibilidad de conformidad con esta Política. En cambio, este descuento se incluye en esta Política como una comodidad administrativa y beneficio para los pacientes de TriHealth.

Los pacientes que elijan ser incluidos en el pago por cuenta propia, por elección, o porque el paciente no tiene seguro y no ha solicitado asistencia financiera, ni se presume que sea elegible para obtener asistencia financiera, recibirán un descuento inicial de los cargos por los Servicios Elegibles, de acuerdo a los tipos de servicios, indicados a continuación. Si el paciente solicita asistencia financiera y se considera elegible para recibir descuentos mayores, u otros programas, el descuento inicial (conforme a la siguiente tabla) será reversado y se le otorgará un mayor descuento conforme a dicha elegibilidad.

<u>Tipo de servicio</u>	<u>Descuento</u>
Servicios hospitalarios	35 %
Proveedor de atención primaria	25 %
Proveedor especializado	35 %

IV. Determinación de necesidad financiera

A. Orientaciones de la asistencia financiera. Los Servicios Elegibles estarán disponibles para los pacientes de acuerdo con una escala de tarifas móvil, de acuerdo con la necesidad financiera según se determine tomando como referencia los niveles de pobreza federales (NPF) vigentes en el momento de la determinación.

1. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o menor que el 150 % del NPF determinado mediante una evaluación financiera, recibirán un descuento del 100 % en los Servicios Elegibles proporcionados por TriHealth.
2. Los pacientes cuyo ingreso familiar exceda el 150 % pero sea menor al 300 % del NPF determinado mediante una evaluación financiera, recibirán un descuento del 80 % en los Servicios Elegibles.

Para recibir cualquiera de los anteriores descuentos por los Servicios Elegibles prestados por el hospital TriHealth, la persona debe completar una Solicitud de Asistencia Financiera (consulte el Anexo C).

B. Procedimiento. Para ser considerado para recibir asistencia financiera del hospital, deben o pueden tener lugar los siguientes pasos:

1. “Periodo de solicitud “ significa el periodo durante el cual TriHealth debe aceptar y procesar las solicitudes de asistencia financiera de conformidad con la Política de Asistencia Financiera. El Periodo de solicitud comienza en la fecha que se presta la atención y termina el día 240 después de que TriHealth proporcione el primer estado de cuenta de facturación luego de la alta. Por lo tanto, TriHealth, a su entera discreción, puede optar por rechazar las solicitudes conforme a la Política de Asistencia Financiera.
2. El paciente o el familiar debe completar la Solicitud de Asistencia Financiera (consulte el Anexo C), que incluye reportar el ingreso bruto al menos de 3 meses (hasta 12 meses) antes de la fecha del servicio. Es necesario proporcionar prueba de los ingresos, excepto en ciertas situaciones que determine la administración de TriHealth.
3. TriHealth puede utilizar fuentes de datos de terceros, externas o públicamente disponibles, que ofrezcan información sobre la capacidad de pago del paciente o de su garante (incluida, entre otras, la calificación crediticia);

4. TriHealth puede buscar fuentes alternativas para el pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y ayudar al paciente a aplicar a dichos programas. Si se considera que hay otras fuentes disponibles, para ser considerado para el programa de asistencia financiera del hospital, el paciente o familiar debe cooperar en la solicitud de esas otras fuentes.
5. TriHealth puede revisar las cuentas por cobrar pendientes del paciente por los servicios prestados y el historial de pago del paciente.
6. TriHealth, al auditar los datos recibidos sobre la capacidad de pago del paciente (como la calificación crediticia), puede solicitar prueba de dicha información financiera, como declaraciones de impuestos, W2, recibos de nómina, extractos bancarios y otros documentos financieros pertinentes.

C. Determinación inicial y reevaluación

Para determinar la elegibilidad del paciente para recibir los Servicios Elegibles se utilizará una evaluación de necesidad financiera.

1. Los pacientes intrahospitalarios deberán completar una solicitud por cada admisión, a menos que el paciente sea readmitido en un plazo de 45 días de la alta por la misma afección subyacente.
2. Las solicitudes de pacientes ambulatorios aprobadas son efectivas durante 90 días a partir de la fecha inicial de los servicios.
3. La solicitud de los pacientes ambulatorios se puede usar para cubrir servicios ambulatorios para el paciente durante el periodo de 90 días inmediatamente siguiente al primer día de servicio ambulatorio.

D. Oportunidad. Los valores de dignidad humana y buena administración de TriHealth deberán reflejarse en el proceso de solicitud, en la evaluación de necesidad financiera y el otorgamiento de la asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera deberán procesarse oportunamente, y TriHealth deberá notificar al paciente o solicitante en un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción de la solicitud completada, incluida la documentación necesaria.

IV. Publicación de la Política para los pacientes y el público

TriHealth publicará ampliamente esta Política para ayudar a que sus pacientes y la comunidad tengan acceso a la asistencia financiera. Esta Política, la Solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje simple de esta Política deberán ponerse a disposición del público de la siguiente manera:

- La información será suministrada por el personal de registro;
- La información será incluida en los estado de cuenta de los pacientes;
- La información será publicada en la señalización y disponible en el interior del hospital (incluidas las áreas de emergencia y admisiones, y los departamentos de registro y administrativos);
- La información será publicada en el sitio web de TriHealth;
- La información estará disponible o publicada en otros lugares públicos de los hospitales TriHealth, de acuerdo a lo que decida TriHealth.

TriHealth informará a la comunidad que atiende mediante sus hospitales utilizando métodos razonablemente calculados para llegar a los miembros de estas comunidades que posiblemente necesiten más la asistencia financiera, como distribuyendo ejemplares en los bancos de alimentos locales.

Dicha información deberá ser proporcionada en los idiomas que TriHealth considere que se hablan comúnmente en la población que atiende, como se describe en el Artículo VI de la Ley de Derechos Civiles. Si se necesita traducción u otra asistencia para facilitar el diligenciamiento de la Solicitud de Asistencia Financiera de TriHealth, se proporcionarán esta y otras solicitudes razonables.

La remisión de pacientes para la determinación de asistencia financiera puede ser realizada por cualquier miembro del personal administrativo o médico de TriHealth, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, gerentes de caso, capellanes y promotores religiosos, o por el paciente o un familiar, amigo cercano o socio, conforme a las leyes de privacidad pertinentes.

V. Relación con las Políticas de cobranza

En consecuencia con su Política de Facturación y Cobranza, TriHealth no llevará a cabo Acciones de Cobranza Extraordinaria (ACE) contra el paciente o garante antes de que TriHealth haya realizado todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con esta Política.

Las acciones de cobranza que TriHealth pueda realizar si no recibe la Solicitud de Asistencia Financiera o el pago se describen en la Política de Facturación y Cobranza de TriHealth.

Para obtener más información sobre los pasos que TriHealth llevará a cabo para informar a los pacientes sin seguro sobre nuestra Política de Asistencia Financiera y las actividades de cobranza que puede realizar, consulte la Política de Facturación y Cobranza de TriHealth.

- Puede solicitar un ejemplar de esta Política de Asistencia Financiera y de la Política de Facturación y Cobranza en las instalaciones de TriHealth, por correo escribiendo a HCAP/Financial Assistance, 619 Oak St, Cincinnati, OH 45206, llamando a los teléfonos (513)865-5148 o (513)862-4745 o en línea: <http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>

VI. Determinación de los montos cobrados a los pacientes:

TriHealth potencialmente puede facturar al paciente los cargos brutos antes de saber si el paciente califica para recibir asistencia financiera. Sin embargo, TriHealth no usa los cargos brutos al facturar a personas que TriHealth conoce que califican para recibir asistencia financiera.

Una vez que se ha determinado la elegibilidad para recibir asistencia financiera, TriHealth no cobrará a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (MGF) a los pacientes asegurados por atención de emergencia o médicamente necesaria.

VII. Método de cálculo de los montos generalmente facturados

Para calcular los montos generalmente facturados (MGF), TriHealth utiliza el "método retrospectivo" descrito en el Reglamento del Tesoro 1.501(r)-5(b)(3).

Con este método, TriHealth utiliza los datos basados en las tarifas por servicio de las reclamaciones presentadas a Medicare y a todos los aseguradores de salud privados por atención de emergencia y medicamento necesaria durante el último periodo de 12 meses para determinar el porcentaje de los cargos brutos que generalmente se permiten a estos aseguradores.

Luego, el porcentaje del MGF se multiplica por los cargos brutos por atención de emergencia y medicamento necesaria para determinar el MGF. TriHealth recalcula el porcentaje cada año. En 2017, el porcentaje para servicios hospitalarios y ambulatorios era del 30 %.

A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más del MGF por los Servicios Elegibles, luego de que se haya determinado la elegibilidad.

VIII. Otras disposiciones

A. Capacitación del personal. TriHealth capacitará al personal de los departamentos de admisiones, registro, asesoría financiera, contabilidad de pacientes y consultorios médicos respecto a la disponibilidad de asistencia financiera de conformidad con esta Política.

B. Sin expectativa de remisiones. Los descuentos ofrecidos en virtud de esta Política no estarán vinculados de forma alguna con el acceso o prestación futura de servicios de atención médica cubiertos por el pagador o por programas federales o comerciales. De igual manera, no se ofrecerán descuentos en respuesta a servicios médicos actuales, pasados o futuros como recompensa por acceder a estos servicios.

C. Gestión del informe y presupuesto anual. TriHealth evaluará periódicamente su programa de asistencia financiera dispuesto en esta Política y preparará los informes anuales adecuados. Los costos de la asistencia financiera serán reportados anualmente en el informe de beneficios para la comunidad de TriHealth, en los estados financieros auditados y de cualquier otra manera pertinente.

D. Requisitos reglamentarios. En la implementación de esta Política, la administración y las instalaciones de TriHealth deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicar a las actividades realizadas en virtud de esta Política.

DEFINICIONES

Para los fines de esta Política, a continuación se definen los siguientes términos:

“**Familia**” tiene el siguiente significado, dependiendo de la edad y circunstancias del paciente:

- (a) Si el paciente tiene dieciocho años o más, entonces “**Familia**” significa:
- (i) El paciente;
 - (ii) El conyugue del paciente, sin importar si vive o no en su hogar o están separados;
 - (iii) Todos los hijos del paciente, biológicos o adoptivos, menores de dieciocho años que vivan en la residencia del paciente.
- (b) Si el paciente es menor de dieciocho años, entonces “**familia**” significa:
- (i) El paciente;
 - (ii) Los padres biológicos o adoptivos del paciente, sin importar si viven o no en la residencia del paciente;
 - (iii) Todos los hijos, biológicos o adoptivos, del paciente, menores de dieciocho años, que vivan en la residencia del paciente
- (c) Si el paciente es el hijo de un padre menor de edad que aún vive en la residencia de los abuelos del paciente, entonces “**familia**” significa:
- (i) Los padres;
 - (ii) Los hijos, biológicos o adoptivos de padre, que vivan en la residencia

“**Ingreso familiar**” significa el ingreso de todos los miembros de la familia del paciente que tengan 18 años o más. Para los fines de esta definición, el “ingreso” se determina sobre la base anual, antes de impuestos y sin incluir las pérdidas o ganancias de capital, incluye:

- Salarios brutos, bonificaciones, propinas, ingreso por trabajo autónomo, compensación de desempleo, beneficios por huelga, compensación de trabajadores, beneficios del seguro social, ingresos de seguridad complementarios, asistencia pública (excluidos los beneficios en especie), asignaciones familiares militares, beneficios de superviviente, ingresos por jubilación o retiro, estipendios de capacitación, intereses, dividendos, rentas, regalías, reembolso de impuestos, ingresos de propiedades y fideicomisos, pagos de seguros y anualidades, manutención de niños (siempre que el paciente sea el hijo que es el destinatario previsto de la manutención de niños), ayuda regular de familiares externos al hogar, y otras fuentes varias, si son significativas.

“**Asistencia financiera**” significa servicios médicos que han sido o serán prestados, pero que nunca se espera que resulten en flujos de efectivo como resultado de la Política de TriHealth de ofrecer servicios médicos gratuitos o descontados a personas que cumplan los criterios de elegibilidad.

“**Necesidad financiera**” significa que se ha demostrado que el ingreso familiar no excede el trescientos por ciento (300 %) de los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza de acuerdo a lo indicado para el tamaño de la familia correspondiente.

“**Indigencia médica**” significa la situación en que las facturas médicas del paciente por Servicios Elegibles exceden el ciento por ciento (100 %) de ingreso familiar del paciente luego de aplicarle todos los descuentos elegibles en virtud de esta Política.

“**Médico**” significa un médico empleado por TPP.

“**TPP**” significa los asociados médicos de TriHealth y cualquier otro consultorio médico de TriHealth.

“**No asegurado**” significa que el paciente no tiene un nivel de aseguramiento ni asistencia de terceros que le ayuden a cumplir sus obligaciones de pago.

“**Subasegurado**” significa que el paciente tiene cierto nivel de aseguramiento o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos a su cargo que exceden sus capacidades financieras.

OTRAS ÁREAS, POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

Política de Facturación y Cobranza (n.º 07_06.00)

Anexo A. Descuentos financieros hospitalarios y de consulta médica para pacientes sin seguro o subasegurados

ASISTENCIA FINANCIERA: ELEGIBILIDAD DE LA FAMILIA Y ORIENTACIONES PARA
LOS DESCUENTOS, EFECTIVO A PARTIR DEL 26 DE ENERO
DE 2017

Sin seguro y subasegurado	Descuento del 100 %	Descuento del 80 %
Tamaño de la familia	(100 al 150 % de los lineamientos de pobreza)	(151 al 300 % de los lineamientos de pobreza)
1	Ingreso familiar igual o menor de \$12.060	Ingreso familiar entre \$12.061 y \$36.180
2	Ingreso familiar igual o menor de \$16.240	Ingreso familiar entre \$16.241 y \$48.720
3	Ingreso familiar igual o menor de \$20.420	Ingreso familiar entre \$20.421 y \$61.260
4	Ingreso familiar igual o menor de \$24.600	Ingreso familiar entre \$24.60 y \$73.800
5	Ingreso familiar igual o menor de \$28.780	Ingreso familiar entre \$28.781 y \$86.340
6	Ingreso familiar igual o menor de \$32.960	Ingreso familiar entre \$32.961 y \$98.880
7	Ingreso familiar igual o menor de \$37.140	Ingreso familiar entre \$37.141 y \$111.420
8	Ingreso familiar igual o menor de \$41.320	Ingreso familiar entre \$41.321 y \$123.960

**Para las familias con más de 8 personas, añade \$4180 por cada persona adicional.

Anexo B. Lista de entidades objeto de esta Política

La lista de los proveedores que ofrecen asistencia financiera en virtud de esta Póliza se puede encontrar en línea en: <http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>

Bethesda Arrow Springs

Bethesda Butler Hospital

Bethesda North Hospital

Good Samaritan Glenway

Good Samaritan Hospital

Good Samaritan Western Ridge

McCullough-Hyde Memorial Hospital

TriHealth Anderson

TriHealth Evendale Hospital

TriHealth Kenwood

TriHealth Physician Partners

Anexo C – Ejemplar de la Solicitud de asistencia financiera

**TriHealth Financial Assistance/HCAP Application
Solicitud de Asistencia Financiera/HCAP de TriHealth**

Patient/Guarantor info / Información del paciente/garante		Dates of service/ Fechas del servicio	
Date of Birth / Fecha de nacimiento	Phone / Teléfono	Social Security Number / Número de seguridad social	
Address / Dirección	City / Ciudad	State / Estado	Zip/ Código postal
Marital Status (circle one) / Estado civil (marque una opción con un círculo):			
Single/ Soltero	Married/ Casado	Separated/ Separado	Divorced/ Divorciado
			Widowed/ Viudo
Do you have health insurance? / ¿Tiene seguro de salud?: YES/SÍ NO			
If Yes, list the name of your insurance plan/ Si tiene, escriba el nombre de su plan de seguro _____			

The following information must be provided for all people in your immediate family who live in your home. For purposes of this application, "Immediate Family" is defined as the parent(s), Patient's spouse (regardless of whether they live in the home), and all of the Patient's children under 18 (natural or formal adoption) who live in the Patient's home.

La siguiente información se debe proporcionar para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. A los fines de esta solicitud, "familia inmediata" se define como el padre y la madre, el cónyuge del paciente (independientemente de si viven en el hogar) y todos los hijos menores de 18 años (naturales o por adopción formal) que vivan en la casa del paciente.

First Name Nombre	Last Name Apellido	Date of Birth Fecha de nacimiento	Social Security Number Número de seguridad social	Relationship to You /Parentesco con usted Circle one/Marque una opción con un círculo
				Spouse/ Cónyuge Child/Hijo Parent/ Padre o madre
				Spouse/ Cónyuge Child/Hijo Parent/ Padre o madre
				Spouse/ Cónyuge Child/Hijo Parent/ Padre o madre
				Spouse/ Cónyuge Child/Hijo Parent/ Padre o madre
				Spouse/ Cónyuge Child/Hijo Parent/ Padre o madre

REQUIRED / OBLIGATORIO

Total gross family income (income before taxes) for the previous 3 months from date of service \$ _____
Ingresos familiares brutos totales (ingresos antes de pagar impuestos) de los 3 meses anteriores a la fecha del servicio

Total gross family income (income before taxes) for the previous 12 months from date of service \$ _____
Ingresos familiares brutos totales (ingresos antes de pagar impuestos) de los 12 meses anteriores a la fecha del servicio

If you list your income as \$0, please provide a brief explanation regarding how you are being supported to meet your daily needs.
Si informa que sus ingresos son \$0, proporcione una explicación breve de cómo se mantiene para cubrir las necesidades diarias.

*This document is legal and binding. You may be asked to provide documentation to support the income information you have provided. Your signature attests that, to your knowledge, the information provided is accurate.
Este documento es legal y vinculante. Es posible que le pidamos que proporcione documentación que respalde la información de ingresos que proporcionó. Su firma asegura que, a su leal entender, la información proporcionada es precisa.*

Signature / Firma _____ Date/Fecha _____

Account Number(s)/Número(s) de cuenta(s):

Mail completed application to: Financial Assistance, TriHealth Inc., 619 Oak Street, Cincinnati, OH 45206-9975
Envíe la solicitud completa por correo a: Financial Assistance, TriHealth Inc., 619 Oak Street, Cincinnati, OH 45206-9975
<http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>