

HORIZON HEALTH

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Importante: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

Completar esta solicitud ayudará a Horizon Health a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o si puede calificar para otros programas públicos que puedan ayudarle a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital. SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de seguro social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para cualquier programa público. La asistencia financiera está disponible para los residentes de nuestra área de servicio en Illinois.*

Complete esta solicitud y envíela para solicitar atención gratuita o con descuento. Las solicitudes completadas se pueden presentar de la siguiente manera:

- En persona al coordinador de Asistencia Financiera de Horizon Health, en 721 E Court St, Paris, IL 61944
- En línea en myhorizonhealth.org
- Por fax al 217-465-4246 A la atención del coordinador de Asistencia Financiera: Financial Assistance Coordinator
- Por correo a: Horizon Health, a la atención del coordinador de Asistencia Financiera: Financial Assistance Coordinator, 721 E Court St, Paris, IL 61944

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el coordinador de Asistencia Financiera al 217-466-4257.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

OPCIONAL: de conformidad con la Ley de Descuento para Pacientes sin Seguro Hospitalario de Illinois, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas. Responderlas es opcional. Las respuestas o la falta de respuestas no tendrá(n) ningún impacto en el resultado de la solicitud.

RAZA: ☐ Blanco/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Asiático/a ☐ Otros

ORIGEN ÉTNICO: ☐ No hispanico ☐ Hispanico

Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Género de preferencia: ☐ Masculino ☐ Femenino

IDIOMA PREFERIDO: _____

INGRESO FAMILIAR ANUAL PARA 2026

Nivel de descuento*	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	50 %
Tamaño de la familia						
1	23,940	27,132	30,324	33,516	36,708	39,900
2	32,460	36,788	41,116	45,444	49,772	54,100
3	40,980	46,444	51,908	57,372	62,836	68,300
4	49,500	56,100	62,700	69,300	75,900	82,500
5	58,020	65,756	73,492	81,228	88,964	96,700
6	66,540	75,412	84,284	93,156	102,028	110,900
7	75,060	85,068	95,076	105,084	115,092	125,100
8	83,580	94,724	105,868	117,012	128,156	139,300
Cada adicional	8,520	9,656	10,792	11,928	13,064	14,200

Ejemplo 1: una familia de cuatro miembros con un nivel de ingresos de USD 30 000 califica para un descuento del 100 %.

Ejemplo 2: una familia de dos miembros con un nivel de ingresos de USD 29 700 califica para un descuento del 90 %.

***Nuestra área de servicio incluye el condado de Edgar y el condado de Clark, y las áreas fuera del condado de Edgar con los siguientes códigos postales:**

61846, 61850, 61870, 61876, 61912, 61924, 61930, 61942, 61943, Bushton y Rardin.

Si no reside en nuestra área de servicio, comuníquese con otros hospitales de su área para consultar sobre los programas de asistencia.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE HORIZON HEALTH

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del solicitante _____ N.º de teléfono _____

Calle/N.º de casilla de correo Ciudad Estado Código postal

Empleador: _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Tiempo
completo __ Tiempo parcial __

Con qué frecuencia se paga (encierre en un círculo) por semana por quincena por mes otros
(explique) _____

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del seguro secundario: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Nombre del cónyuge _____ Fecha de
nacimiento _____ N.º de teléfono _____

Empleador: _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Tiempo
completo __ Tiempo parcial __

Con qué frecuencia se paga (encierre en un círculo) por semana por quincena por mes otros
(explique) _____

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del seguro secundario: _____

Cantidad de personas en el hogar incluidas en su declaración de impuestos: _____

Proporcione declaraciones de impuestos como prueba del tamaño de la familia (no es necesario si son el solicitante y el cónyuge solamente).

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Alguien en su hogar ha servido alguna vez en el ejército o como socorrista, en el pasado o en el presente? S N

INGRESO FAMILIAR MENSUAL BRUTO: incluye el del solicitante y el del cónyuge de todas las fuentes. Se deben proporcionar copias de los siguientes formularios (si corresponde) con su solicitud:

- Extractos bancarios: 3 extracto bancario más reciente.
- Salarios del solicitante y su cónyuge: talones de cheques más recientes. Los últimos 13 si se paga por semana; 7 si se paga por quincena.
- Seguro social/discapacidad/pensiones: copia de la hoja de beneficios que muestre el monto mensual recibido.
- Pensión alimenticia/manutención de los hijos: copia de la orden judicial que muestre el monto mensual recibido (o pagado).
- Ingresos agrícolas o de trabajo por cuenta propia: copia completa de las declaraciones de impuestos, incluido el formulario W2, si corresponde.
- Desempleo/Indemnización por accidentes de trabajo: copia del formulario del monto de beneficio semanal que muestra el último día trabajado y el monto bruto del beneficio, o los últimos 13 talones de cheques si se paga por semana; 7 si se paga por quincena.
- Asistencia social (dinero en efectivo o cupones de alimentos): copia del aviso de Medicaid que muestre el monto recibido.

- **Sin ingresos:** una carta firmada por familiares o amigos en la que se explique el dinero o la ayuda que le dan para que llegue a fin de mes. Con qué frecuencia y cuánto.
- **Certificación:**

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda calificar para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que el hospital puede verificar la información proporcionada y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no calificaré para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede revertirse y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del solicitante: _____ Cónyuge: _____ Fecha: _____

Evaluación de Medicaid de Illinois

La siguiente información se utiliza para determinar si creemos que usted podría calificar para recibir los beneficios de Medicaid. Si sus ingresos están clasificados dentro de las directrices de Medicaid para el tamaño de su familia, le pediremos que solicite Medicaid antes de considerar la asistencia financiera. Para obtener más información o solicitar Medicaid, llame a su oficina local del DHS o visite abe.illinois.gov.

Los solicitantes mayores de 65 años, ciegos o discapacitados (programa AABD) también deben cumplir con un límite de recursos. Muchas veces, el beneficiario puede convertirse en un caso de responsabilidad económica del paciente debido a un estándar de ingresos más bajo (100 % del Índice Federal de Pobreza frente al 138 %) y el límite de recursos de AABD (USD 2000/persona; USD 3000/pareja).

Puede pedir una guía para solicitar Medicaid a nuestro personal de la oficina o llamando al 217-466-4257. Una vez que reciba un aviso de decisión de Medicaid, envíenos una copia para que podamos finalizar su solicitud de asistencia financiera.

Límites anuales de ingresos familiares para 2025 (antes de impuestos) 138 % del Índice Federal de Pobreza Adultos de ACA (de 19 a 64 años) que aún no son elegibles para Medicare

Tamaño del hogar*	Nivel máximo de ingresos (por año)	
	<u>Índice Federal de Pobreza</u>	
	100 %	138 %
1	USD 15,650	USD 21,597
2	USD 21,150	USD 29,187

Límites anuales de ingresos familiares para 2025 (antes de impuestos) 138 % del Índice Federal de Pobreza Adultos de ACA (de 19 a 64 años) que aún no son elegibles para Medicare

Tamaño del hogar*	Nivel máximo de ingresos (por año)	
	<u>Índice Federal de Pobreza</u>	
	100 %	138 %
3	USD 26,650	USD 36,777
4	USD 32,150	USD 44,367
5	USD 37,650	USD 41,957
6	USD 43,150	USD 59,547
7	USD 43,150	USD 67,137
8	USD 54,150	USD 74,727

*Para hogares con más de ocho personas, agregue USD 6514 por persona adicional. Siempre consulte a la agencia de gestión adecuada para garantizar las directrices más precisas. *Fecha de entrada en vigencia: 17/1/23*

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

En la cantidad de personas de la familia/el hogar del paciente se excluirá a cualquier niño que no sea menor de edad que viva en el hogar, pero que no aparece en la declaración de impuestos de los padres. La cantidad de dependientes incluye a quienes aparecen en su declaración de impuestos. Se le pedirá que presente una copia de su declaración de impuestos más reciente para respaldar la cantidad de dependientes del hogar reclamados. Un hijo que no es menor de edad, que aún vive en el hogar de los padres y que no se reclama en la declaración de impuestos del padre, solicitará ayuda financiera por separado en función de sus propios ingresos y no de los de los padres. Si el hijo que no es menor de edad se reclama en la declaración de impuestos de los padres, entonces el ingreso de los padres debe tenerse en cuenta en los ingresos del hogar para la determinación de la necesidad financiera.

ASISTENCIA PÚBLICA (MEDICAID):

Los solicitantes que, según se determine, son potencialmente elegibles para recibir la cobertura de Medicaid deben solicitar asistencia pública para determinar la elegibilidad en virtud del sistema estatal de Medicaid antes de determinar la elegibilidad para los Programas de asistencia financiera y descuento para pacientes sin seguro. Es posible que se necesite información adicional, incluidos los nombres de los dependientes, para ayudar a determinar su elegibilidad para Medicaid y completar una solicitud de Medicaid. Si necesita ayuda para obtener y completar una solicitud, el coordinador de Asistencia Financiera (217-466-4257) o el defensor del paciente (217-466-4522) de Horizon Health pueden ayudarle.

LOS HONORARIOS DE MÉDICOS INDEPENDIENTES NO SON ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Los médicos independientes que proporcionan servicios en Horizon Health, incluidos, entre otros, algunos cirujanos, radiólogos, patólogos y médicos de clínicas especializadas, que facturan sus servicios por separado. Esta solicitud de asistencia financiera hospitalaria no cubre ni se aplica a los honorarios que cobran esos médicos independientes.

ARCHIVOS ADJUNTOS: si no tiene acceso a una fotocopidora, no dude en traer su documentación de respaldo original cuando envíe esta solicitud completa y nos complacerá hacer las copias necesarias para usted.

NOTIFICACIÓN Y APROBACIONES:

Se le proporcionará una notificación de aprobación o solicitud de información adicional dentro de aproximadamente 2 semanas desde el envío de la solicitud con toda la documentación completada. Tras el vencimiento de la aprobación, se le pedirá al solicitante que complete un nuevo formulario de solicitud para actualizar el estado financiero actual y cualquier cambio aplicado.

QUEJAS:

Las quejas o inquietudes con respecto al proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o al proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois. Puede llamar al 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) o visitar el siguiente sitio web:

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>.