FIRELANDSHEALTH
Firelands Regional Medical Center
Asesoramiento Financiero
1111 Hayes Avenue
Sandusky, OH 44870
FinancialCounselors@Firelands.com
FRMC: 419-557-7879
Firelands.com

FIRELANDSHEALTH
Firelands Physician Group
Asesoramiento Financiero
1111 Hayes Avenue
Sandusky, OH 44870
FirelandsPhysicianGroupBilling@Firelands.com
FPG: 419-557-5530
Firelandsphysiciangroup.com

Estimado paciente,

Gracias por elegir Firelands Health para sus necesidades de atención médica.

De acuerdo con la información que nos proporcionó durante su consulta, usted no tiene seguro o su cobertura es limitada. Contamos con varios programas que pueden ayudarle a pagar su factura, tenga o no seguro. Estos programas brindan atención gratuita o con descuento según la capacidad de pago.

Se adjunta una solicitud con una guía que explica los servicios de asistencia financiera que ofrecemos. **Esta solicitud es para las facturas del hospital Firelands y de Firelands Physician Group**. Complete la solicitud y entregue los siguientes documentos **durante las 2 semanas posteriores a la fecha en que reciba esta carta.**

La solicitud completa, firmada, con fecha y las verificaciones de ingresos adjuntas

Debe proporcionar un comprobante de ingresos, como una copia de su W2, recibos de sueldo de los 3 meses previos a la fecha del servicio y los ingresos brutos acumulados del año, ingresos del seguro social o por discapacidad, ingresos por pensiones, desempleo, beneficios para veteranos, compensación laboral y otras fuentes de ingresos. Si no dispone de medios de subsistencia, indíquenos cómo cubre sus necesidades cotidianas.

Si lo prefiere, puede escanear y enviar por correo electrónico esta información, o depositarla en uno de nuestros buzones del vestíbulo del campus principal o del sur. Asegúrese de incluir toda la documentación necesaria.

Evaluaremos su información y recibirá una carta indicándole el estado de su solicitud.
Las solicitudes pierden su validez 3 meses después de la última fecha de servicio y es necesario volver a presentar una solicitud para futuras fechas de servicio.

Estamos a su disposición para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre este proceso.
Comuníquese con nosotros en: *FinancialCounselors@Firelands.com* o 419-557-7879
***FirelandsPhysicianGroupBilling@Firelands.com* o *419*-557-5530**

Lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
***Se pueden programar citas bajo solicitud*.**

Atentamente,

Asesoramiento financiero al paciente

FIRELANDSHEALTH
Firelands Regional Medical Center

* H C A P *

FIRELANDSHEALTH
Firelands Physician Group

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(pase la página)

NOMBRE DEL PACIENTE_____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **FECHA** _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

(Si el solicitante no es el paciente, responda las siguientes preguntas según correspondan al paciente)

CALLE _____ **CIUDAD** _____

ESTADO _____ **CÓDIGO POSTAL** _____ **TELÉFONO** _____

Cuentas	Fechas de servicio	Importe en dólares

En la fecha del servicio, ¿tenía algún plan, grupo o seguro que reembolsara o pagara los gastos médicos? □ Sí □ No
Nombre del seguro o plan _____ ***Núm. de póliza*** _____ ***Adjunte copia de la credencial***

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? □ Sí □ No **¿Es residente de Ohio?** □ Sí □ No
2. ¿Era beneficiario activo de Medicaid en el momento de ser hospitalizado o recibía beneficios de discapacidad? □ Sí □ No

*****La fecha límite para solicitar asistencia financiera es de 3 años desde la primera notificación de la factura*****

La familia inmediata se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales y adoptivos) que vivan en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente y los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en el hogar del paciente.

Nombre (incluya también al paciente)	Edad	Relación con el paciente	Ingresos de los 3 meses previos al servicio	Ingresos de los 12 meses previos al servicio
		Paciente		

Número total de miembros de la familia: _____
****Si los ingresos no cubren sus necesidades cotidianas básicas, explique cuáles son sus medios de subsistencia:** _____
_____

****Si no tiene ingresos, explique cómo se sostiene** _____

** **Deben adjuntarse comprobantes de ingresos*:** recibos de sueldo que muestren los ingresos brutos de los últimos 3 meses y el acumulado del año previos a la fecha del servicio, pensiones, seguro social, discapacidad, desempleo, compensación para trabajadores, beneficios de veteranos, trabajo por cuenta propia, alquileres, pensión alimenticia, manutención de menores y retiros de 401/IRA.*

FinancialCounselors@Firelands.com **o 419-557-7879,** ***FirelandsPhysicianGroupBilling@Firelands.com*** **o 419-557-5530**
CORREO POSTAL: Firelands Regional Medical Center, 1111 Hayes Ave., Sandusky, OH 44870, Attn: Financial Counseling
ENTREGA: buzón de entrega en el vestíbulo del campus principal y sur
Se pueden programar citas bajo solicitud.

****Firma** _____ **Fecha** _____******

*****Con mi firma, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los documentos adjuntos es cierto**.***
Si se proporciona información incorrecta en el momento de la solicitud, esta determinación puede rescindirse tras su revisión.

*Para uso hospitalario: Aprobada Denegada Motivo*_____ *FC* _____ *Fecha* _____

FIRELANDSHEALTH
Firelands Regional Medical Center

* H C A P *

FIRELANDSHEALTH
Firelands Physician Group

Programas de asistencia financiera de 2025 vigentes para servicios a partir del 1 de enero de 2025 Para servicios previos, consulte los lineamientos de 2024

Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP): Firelands Regional Medical Center cumple con el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria financiado por el estado, como se define en la sección 5160-1-01 del Código Revisado de Ohio. Firelands Regional Medical Center brindará acceso a atención esencial bajo cualquier concepto y brindará acceso a servicios de salud esenciales sin tener en cuenta la capacidad de pago de los usuarios. Los pacientes son elegibles para el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria a través de un proceso de solicitud formalizado.

Programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program, FAP) es el programa del Firelands Regional Medical Center y Firelands Physician Group para pacientes con necesidades financieras. Los pacientes son elegibles para recibir servicios gratuitos o con descuento a través de un proceso de solicitud formalizado. **Este programa también se extiende por debajo del nivel de pobreza si el paciente no es elegible para el programa HCAP**.

¿Cuáles son los requisitos del programa de asistencia financiera?

Los requisitos para recibir asistencia se determinarán mediante una solicitud, con base en un porcentaje de los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPL) vigentes. Para procesar su solicitud, se requieren datos sobre sus ingresos, otras ganancias, el tamaño de su grupo familiar y otros criterios. Las solicitudes de asistencia deben estar completas, legibles, y firmadas y fechadas por el paciente, garante o representante. Aquellas solicitudes que no cumplan con estas condiciones se devolverán al solicitante o se considerarán denegadas.

Todos los montos enumerados a continuación son los límites de ingresos basados en los Lineamientos Federales de Pobreza que se ajustan anualmente.

Tamaño de la unidad familiar	Garantía de Atención Hospitalaria al 100 % o por debajo de los FPL	101 % a 200 % de los FPL Atención 100 % gratuita	**En vigor: xx/xx/xx 201 % al 302 % de los FPL Descuento del 62 %**
1	$15,650.00	$15,651.00 a $31,300.00	$31,301.00 a $47,263.00
2	$21,150.00	$21,151.00 a $42,300.00	$42,301.00 a $63,873.00
3	$26,650.00	$26,651.00 a $53,300.00	$53,301.00 a $80,483.00
4	$32,150.00	$32,151.00 a $64,300.00	$64,301.00 a $97,093.00
5	$37,650.00	$37,651.00 a $75,300.00	$75,301.00 a $113,703.00
6	$43,150.00	$43,151.00 a $86,300.00	$86,301.00 a $130,313.00
7	$48,650.00	$48,651.00 a $97,300.00	$97,301.00 a $146,923.00
8	$54,150.00	$54,151.00 a $108,300.00	$108,301.00 a $163,533.00

¿Cómo puedo presentar una solicitud a los programas de asistencia financiera?

Se pide a los pacientes o su designado que completen una solicitud. Los solicitantes deben proporcionar comprobantes de ingresos, como una copia de su W2, recibos de sueldo de los últimos 3 meses y los ingresos brutos acumulados del año, seguro social o discapacidad, pensiones, desempleo, beneficios para veteranos, compensación laboral y otras fuentes de ingresos. Si no dispone de medios de subsistencia, deberá indicar cómo cubre sus necesidades cotidianas con una breve declaración. El Departamento Financiero evaluará su información y le enviará una carta para verificar su elegibilidad. Se le puede pedir que solicite Medicaid antes de la aprobación si sus ingresos indican que reúne los requisitos.

Envíe todos los comprobantes a Firelands Regional Medical Center, 1111 Hayes Ave., Sandusky, OH 44870, Financial Counseling. También puede comunicarse a ***FinancialCounselors@Firelands.com*** o 419-557-7879, o bien a ***FirelandsPhysicianGroupBilling@Firelands.com*** o 419-557-5530.