

Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera

Este documento es una solicitud para el programa de asistencia financiera para los servicios ofrecidos por U.S. Anesthesia Partners (USAP). Como parte de nuestro compromiso a proveer cuidado de alta calidad a todos los pacientes, USAP honrará o extenderá la asistencia financiera a los pacientes quienes satisfacen ciertos requisitos. La cantidad de asistencia se determina por el ingreso anual del paciente y por el tamaño de la familia. Entendemos su deseo para la privacidad. Excepto por los propósitos de verificación, la información incluida en su solicitud será tratada como información confidencial.

Es posible que sea automáticamente elegible para recibir asistencia financiera en algunas situaciones. **NO SE NECESITA SOLICITUD SI:**

- Recibió asistencia financiera/caridad del centro o del cirujano. Debe enviar una copia de la carta de determinación y su estado de cuenta/información de cuenta de USAP a la dirección que aparece a continuación.
- Usted califica para Medicaid o servicios públicos como SNAP, WIC o TANF. Debe enviar una copia de la determinación de elegibilidad y su estado de cuenta/información de cuenta de USAP a la dirección que aparece a continuación.

¿Qué cubre la asistencia financiera de USAP? La asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles quienes han recibido el cuidado de anestesia que no está cubierto por el seguro médico contratado por USAP o por otro contrato directo con USAP.

¿Usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud? El Equipo de Defensores de Pacientes de USAP está disponible al 833-479-0697 de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde. Copias de la Política de la Asistencia Financiera de USAP y la Solicitud de asistencia financiera están disponibles en línea en www.usap.com/patients/understanding-fees-and-billing sin costo.

Para que su solicitud se tramite, usted tiene que:

- Proveer información sobre usted mismo y cualquier parte responsable (garante).
- Proveer información sobre su Ingreso Anual (**nota: el ingreso bruto es el ingreso antes de los impuestos y otras deducciones**)
 - Si el paciente es un adulto: el ingreso bruto total del paciente y/o cualquier otra parte responsable.
 - Si el paciente está casado: el ingreso bruto total del paciente y de su esposo/a.
 - Si el paciente es menor: el ingreso bruto total de los padres/tutor legal, y/o cualquier otra parte responsable.
- Proporcionar prueba de sus ingresos anuales. Los ejemplos de prueba de ingresos incluyen:
 - Declaración de impuestos federales sobre la renta presentada más recientemente
 - Declaración de retención del W-2 o 1099
 - Declaraciones actuales de la paga (3 meses)
 - Una declaración de su empleador si paga en efectivo
 - Cualquier otra verificación de un tercero con respecto a los ingresos anuales (por ejemplo: extractos bancarios de 3 meses, elegibilidad actual por desempleo, seguridad social, pensión alimenticia, manutención infantil, etc.)
- Firme y escriba la fecha en la solicitud de asistencia financiera

Si cree que tiene gastos extraordinarios o circunstancias que le causan dificultades financieras, puede proporcionar esta información para respaldar su solicitud de asistencia financiera. Por favor adjunte la documentación apropiada.

Envíe la solicitud completada y documentación a la dirección abajo. Asegúrese de conservar una copia.

USAP
Attn: Patient Advocacy Team
3705 Medical Parkway, Suite 570
Austin, TX 78705

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa.

Por favor envíe su solicitud a tiempo. Es posible que usted reciba unas facturas hasta que recibamos su información.



Solicitud de asistencia financiera

Por favor llene toda la información completamente. Si no procede, escriba "NA."
Adjunte hojas adicionales si es necesario.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del garante: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento del garante: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Servicio(s) y fecha(s) solicitados para asistencia: _____

Situación laboral del paciente (o del garante si procede):

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Desempleado/a (cuanto tiempo: _____)
- Trabajador independiente Estudiante Deshabilitado/a Retirado/a Otro/a: _____

INFORMACION DE INGRESOS

Número de personas en tu casa*: _____

* El hogar se define como el paciente o garante y cualquier persona que sea reclamada como dependiente para los impuestos federales. Esto puede incluir un cónyuge y/o dependientes, como hijos.

Nombre	Empleador(es) o fuente de ingresos*	Ingreso bruto anual (antes de impuestos)
Paciente:		
Esposo/a:		
Garante:		

* Todos los salarios, incluido el trabajo por cuenta propia, la asistencia pública, la seguridad social, el desempleo, la compensación laboral, la jubilación, los beneficios de huelga, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las asignaciones militares, las pensiones, etc. **Debe proporcionar prueba de todos los ingresos enumerados.**

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que U.S. Anesthesia Partners puede verificar información, incluso revisando la información de crédito y al obtener información de otras fuentes, para ayudar a determinar elegibilidad para la asistencia financiera o planes de pago. Certifico que la información arriba es verdadera y correcta de acuerdo con mi mejor conocimiento y creencia. Entiendo que, si la información financiera se determina falsa, se me puede negue asistencia financiera, y yo podría ser responsable y se espera que yo pague para los servicios prestados.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____