



OKLAHOMA
HEART HOSPITAL

“Es nuestra misión proporcionar excelencia en calidad y servicio”

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera

El Oklahoma Heart Hospital y sus Médicos tienen un Programa/Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) que existe para proporcionarles a los pacientes elegibles cuidado emergente o médico necesario a un precio de descuento parcial o total. Los pacientes que busquen dicha asistencia deben aplicar para el programa. **Los detalles sobre cómo aplicar están descritos abajo.** Toda la documentación y solicitudes están también disponibles en español si se necesitan.

Los Servicios Elegibles están definidos como – Servicios del cuidado de la salud emergentes y/o médicamente necesarios proporcionados por el Oklahoma Heart Hospital y sus Médicos. Los servicios elegibles son aquellos servicios facturados por OHH y sus Médicos. Otros servicios tales como Patología, Médicos de la Sala de Emergencias y Radiología son ejemplos de servicios que no son elegibles bajo el FAP debido a que estos no son miembros del personal del Oklahoma Heart Hospital. Los Pacientes que sean considerados como elegibles son aquellos pacientes que han entregado una solicitud de Asistencia Financiera completada (incluyendo la documentación/información relacionada). Generalmente, las personas son elegibles para Asistencia Financiera, usando una escala en base a ingresos, o un porcentaje basándose en las Directrices Federales de Pobreza del Gobierno. La elegibilidad para la Asistencia Financiera significa que las Personas Elegibles tendrán su cuidado total o parcialmente cubierto y no serán facturadas por encima de las “Cantidades Generalmente Facturadas” (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas con seguro (AGB, según se define por la Sección 501(r) del IRS). Cualesquiera solicitudes que estén incompletas no serán consideradas, pero los solicitantes serán informados y se les dará una oportunidad de presentar la documentación/información requerida. Para ayuda, o preguntas, favor de llamar a la Oficina de Negocios de Sistemas del Oklahoma Heart Hospital al 405-608-1200.

Cómo Aplicar:

1. Obtenga una solicitud en persona en cualquiera de nuestras áreas de registro del hospital o clínica.
2. Pida que se le envíe una solicitud por correo llamando a nuestra Oficina de Negocios de Sistemas al 405-608-1200.
3. Descargue la solicitud de nuestro sitio de internet www.okheart.com.
4. En persona en nuestra Oficina de Negocios de sistemas ubicadas en:

7800 N.W.85th Terrace, Suite 200
Attention: Business Office
Oklahoma City, OK 73132-3385
405-608-1200

Todas las solicitudes completadas deben entregarse a nuestra Oficina de Negocios de Sistemas (con toda la documentación/información requerida según se especifica en las instrucciones) en 7800 N.W. 85th Terrace, Suite 200 Oklahoma City, OK 73132-3385.

Cuando la solicitud completada sea recibida, esta será revisada y se hará una determinación en cuanto al nivel de asistencia disponible para usted. Si usted necesita información adicional y/o tiene preguntas adicionales, por favor siéntase con la libertad de llamar a nuestra oficina al 405-608-1200.

Oklahoma Heart Hospital
Exención de Responsabilidad de la Solicitud Financiera

Para ser elegible para la consideración de asistencia financiera, por favor lea lo siguiente.

Se considera como ingreso familiar todos los ingresos de todas las personas que viven en la misma casa. El tamaño de la familia está basado en todas las personas que viven en la misma casa incluyendo estudiantes u otras personas reclamadas en su declaración de impuestos.

El hospital se reserva el derecho de perseguir el pago de cualquier pagador tercero disponible para reducir el monto considerado por cualquiera de tales pagos.

El hospital se reserva el derecho de reconsiderar su determinación bajo cualquiera de, pero no limitado por, las siguientes condiciones:

- Si el solicitante, su representante, o parte responsable se rehúsan a cooperar con el hospital en proporcionarle la información financiera para que sirva de apoyo para una determinación justa.
- Si el solicitante, su representante o parte responsable se rehúsan a llenar una solicitud o no cooperan completamente en el llenado de los requisitos de una solicitud por cualquier monto disponible por cobrarse de pagadores terceros, incluyendo Medicaid u otro seguro médico.
- Si se determina que cualquier información falsa o engañosa fue proporcionada por el paciente, su representante o parte responsable.

Activos/Ahorros (Mancomunados)

Tipo	Ubicación	Monto
Corriente		\$
Corriente		\$
Ahorros		\$
Cooperativa de Crédito		\$
Certificados de Depósito o Cuentas Individuales de Jubilación		\$
Ingreso en Fideicomiso		\$
Ingreso de Intereses		\$
Pensiones ó 401Ks		\$
Bonos de Ahorro		\$
Fondos Mutuos de Inversión o Mercado del Dinero		\$
Derechos al Subsuelo		\$
Otro		\$

Activos/propiedad

Patrimonio de Familia	Ubicación	
	Valor de Comercialización Justo \$	Saldo a pagar de la Hipoteca \$
Propiedad de Alquiler	Ubicación	
	Valor de Comercialización Justo \$	Saldo a pagar de la Hipoteca \$
Ganado	Ubicación	
	Valor de Comercialización Justo \$	Saldo a Pagar \$
Equipo para la Agricultura o Vehículos Recreacionales	Ubicación	
	Valor de Comercialización Justo \$	Saldo a Pagar \$
Otra Propiedad	Ubicación	
	Valor de Comercialización Justo \$	Saldo a Pagar \$

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. La falsificación u omisión de información resultará en el rechazo de la aplicación. Esta información es confidencial y puede ser usada por el Oklahoma Heart Hospital para determinar la habilidad actual de pagar facturas médicas. Entiendo que el Oklahoma Heart Hospital puede verificar la información presentada con respecto a mis ingresos y el tamaño de mi familia y que rutinariamente solicita informes del buró de crédito para apoyarse en la determinación de la habilidad de pagar facturas médicas. Estoy de acuerdo en pagar cualesquier montos por los cuales yo pueda ser responsable bajo esta solicitud.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de//la Cónyuge

Fecha

Oklahoma Heart Hospital
Instrucciones para la Solicitud Financiera

***** Coloque cualesquier comentarios enseguida del artículo de abajo que le corresponda a usted y entréguelos con la solicitud *****

- Firma**
Usted y su cónyuge (si es casado(a)) deben firmar y fechar la solicitud.
- Declaración Federal de Impuestos**
Una copia de su declaración federal de impuestos más reciente debe estar incluida o su extensión de impuestos. Si el gobierno federal no le requiere a usted presentar una declaración federal de impuestos, por favor méncionelo en la parte de debajo de su solicitud.
- Estados de Cuenta Bancarios**
Incluya copias de los **3 estados de cuenta bancarios mensuales más recientes**-todas las páginas de todas las cuentas bancarias tanto personales como de negocio (corriente/ahorros). Si su estado de cuenta bancario, por ejemplo, es de 5 páginas por favor asegúrese de que usted envía las 5 páginas (incluyendo las páginas en blanco y copias de los cheques).
- Depósitos**
Explique cualesquiera depósitos en todos los estados de cuenta bancarios salvo que la fuente esté claramente anotada por el banco.
- Comprobante de ingresos**
Proporcione una copia de sus **últimos 3 talones de pago**. Si usted está cobrando seguridad social o discapacidad, entonces se requiere una copia de su carta de prestaciones como comprobante de ingresos.
- Carta de familiares y amigos**
Si usted no tiene ningún ingreso, nosotros necesitamos una carta de amigos y/o familiares que le están ayudando con sus gastos.
- Activos/Inversiones**
Proporcione una copia del **estado de cuenta más reciente de cualesquier Certificados de Depósito, Cuentas de Jubilación Individuales, 401K's, mercados de dinero, ingreso por regalías o cualesquiera otras inversiones.**

No incluir cualquiera de los documentos de arriba puede retrasar el procedimiento de su solicitud o puede causar que su solicitud sea rechazada.

Date & Version #	Change Summary
08/18/2015	Remove Tanf Sec
06/14/2016	Updated 501(r)