



Financial Assistance Policy - Plain Language

La política de asistencia financiera de HMH Hospitals Corporation ("Hospitales") y la Política de asistencia financiera (Atención de caridad/Atención infantil/Medicaid) (en adelante, denominados en conjunto "FAP") existe para ofrecer a los pacientes elegibles servicios de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios con un descuento parcial o total que brinda HMH Hospitals Corporation. Los pacientes que busquen asistencia financiera deben presentar una solicitud para el programa que se resume en este documento.

Servicios elegibles: servicios de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios brindados y facturados por los Hospitales. La FAP solo se aplica a los servicios que facturan los Hospitales. Otros servicios que facturan otros proveedores por separado, como ciertos médicos o laboratorios, no son elegibles conforme a la FAP.

Pacientes elegibles: los pacientes que reciben servicios elegibles, que envían una Solicitud de asistencia financiera (incluida la documentación e información relacionada) y que se determina que son elegibles para obtener la asistencia financiera brindada por los Hospitales.

Cómo presentar una solicitud: la FAP y los formularios de solicitud relacionados se pueden obtener, completar y enviar de la siguiente manera:

Ver e imprimir información del sitio web de los hospitales

Sitio web: se puede visualizar en línea la información sobre asistencia financiera en el siguiente sitio web:
<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

Solicitud: para solicitar asistencia financiera, se debe completar la solicitud en formato de papel. Para acceder de forma gratuita a la solicitud en formato de papel, se puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos:

a) **Por correo:** puede escribir a las siguientes direcciones y solicitar una copia en formato de papel de la solicitud de asistencia financiera:

b) **En persona:** puede pasar personalmente por el Departamento de Asistencia Financiera (de lunes a viernes, de 8:00 am- 4:00 pm), que se encuentra en las siguientes direcciones:

Hackensack University Medical Center 551-996-4343
100 First Street, Suite 300
Hackensack, NJ 07601

Palisades Medical Center (Attn: Charity Care) 201-854-5092
7600 River Road
North Bergen, NJ, 07047

Jersey Shore University Medical Center 732-902-7080
1945 Route 33
Neptune, NJ, 07753

Ocean Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
425 Jack Martin Boulevard
Brick, NJ 08724

Old Bridge Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
One Hospital Plaza
Old Bridge, NJ 08857

Riverview Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
1 Riverview Plaza
Red Bank, NJ 07701

Southern Ocean Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
1140 Route 72 W
Manahawkin, NJ 08050

Bayshore Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
727 N Beers St
Holmdel, NJ 07733,

Jane H Booker Family Health Center 732-902-7080
1828 W Lake Ave #202
Neptune, NJ, 07753

Raritan Bay Medical Center (Attn: Charity Care) 732-902-7080
530 New Brunswick Ave
Perth Amboy, NJ

Idiomas disponibles: la política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en lenguaje claro están disponibles en la lengua materna de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya el menor de cinco por ciento (5 %) o 1000 individuos dentro del área de servicio primario atendida por los Hospitales.

Resumen del proceso de solicitud:

- El paciente completa una solicitud escrita en la que se piden datos del ingreso del hogar, bienes del hogar y la cantidad de miembros en la familia.
- Se solicita la prueba de residencia mediante la licencia de conducir de NJ, una factura de un servicio público u otra carta de verificación.
- Se revisa la solicitud para verificar que esté completa y sea precisa.
- Se pide al paciente que complete toda la información que falte.
- Se envía la aprobación o la denegación de la solicitud.
- Las solicitudes completadas se pueden enviar al Departamento de Asistencia Financiera a las direcciones mencionadas.

Determinación de elegibilidad para asistencia financiera: en general, los pacientes elegibles reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera, para lo cual se utiliza una escala móvil, cuando el ingreso del hogar es igual o inferior al 500 % de las pautas federales de pobreza del gobierno federal (FPG, por sus siglas en inglés).

La elegibilidad para recibir asistencia financiera significa que las personas elegibles tendrán la atención cubierta de forma total o parcial y que no se les facturará más que los **Montos Generalmente Facturados** (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas aseguradas (AGB, tal como se define en el artículo 501(r) del Servicio de Impuestos Internos o IRS). Los niveles de asistencia financiera, basados solo en el ingreso familiar y las FPG, se determinan si el ingreso es hasta el 500 % de las FPG.

Nota: también se consideran otros criterios además de las FPG (p. ej., la disponibilidad de dinero u otros activos que podrían convertirse a dinero y el ingreso neto en exceso por mes en relación con los gastos mensuales del hogar), lo que puede derivar en excepciones a lo mencionado anteriormente. Si no se informa ningún ingreso familiar, se solicitará información sobre cómo se satisfacen las necesidades diarias. El Departamento de Asistencia Financiera de los Hospitales revisa las solicitudes enviadas que se han completado y determina la elegibilidad de asistencia financiera conforme a la política de asistencia financiera de los Hospitales. Las solicitudes incompletas no se tienen en cuenta, pero se notifica a los solicitantes y se les da la oportunidad de proporcionar la documentación o información que se omitió.

Para obtener ayuda, asistencia o respuestas a sus preguntas, puede pasar personalmente por el Departamento de Asistencia Financiera (de lunes a viernes, de 8:00 am- 4:00 pm), que se encuentra en las siguientes direcciones: