



## PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE INSTRUCTION LETTER

Dear Patient:

You may qualify for Partial or Full Financial Assistance, a program provided by York General Health Care Services. If you are unable to pay for health care services and do not qualify for Federal or State Medical assistance programs, please complete the enclosed Financial Assistance application and return with **all** the required proof of income.

Please be advised that a determination for discount cannot be made until we are in receipt of all the following required information (check the items you have enclosed). **Please return the application by \_\_\_\_\_, or contact our office by that date if you are still in the process of gathering the needed documentation.** The necessary documents we require are:

- Federal Tax Return including W-2 forms for tax year \_\_\_\_\_.**  
If you did not keep a copy, you can contact the IRS at 1-800-829-0922 or [www.irs.gov](http://www.irs.gov) to request a free transcript of the Federal Tax Return. If you did not file taxes, you must explain in writing why you did not file.
- Proof of income for the 3 most recent months for guarantor and spouse**  
Proof of income can be copies of pay stubs, a copy of an unemployment check, a copy of a disability check, a copy of the Social Security Award Letter and/or copy of a pension letter.
- Copies of bank statements for the 3 most recent months for all accounts (checking, savings, etc)**
- Letter of Denial from the Department of Health & Human Services**
- Verification of liabilities with large balances (Ex: school loans)**
- A letter of explanation for any documentation you are unable to obtain.**
- Each box must be filled in on the enclosed application.**  
For any item that does not apply, please write "N/A"

If you are unable to include one or more of the items above, provide an explanation. This application should be received in our office with all required documentation attached within 2 weeks.

If you have any questions, please call one of the numbers listed below.

Sincerely,

Patient Accounts  
Pam: 402-362-0429  
Sara: 402-362-0435

Please return application to:



# YORK GENERAL

## FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

GUARANTOR				SPOUSE		
Name		Date of Birth		Name		Date of Birth
Social Security Number		Home Phone	Business Phone	Social Security Number		Home Phone Business Phone
Street:				Street:		
City/State/Zip:				City/State/Zip:		
Household size: _____				Household size: _____		
Name and address of employer:				Name and address of employer:		
Position/Title: _____ Length of employment: _____				Position/Title: _____ Length of employment: _____		
MONTHLY INCOME				ASSETS		
	Guarantor	Co-Applicant	Total	Under "Details" column, please list institution name for all banking information. For autos, please list year, make, model, and mileage		
Gross Earnings					Details	Value
Farm/Self Employed				Cash on Hand		
Disability/SSI				Checking Balance		
Child Support/Alimony				Savings		
Food Stamps/Gov Assistance				Real Estate		
Military/Pensions				Vehicles		
Dividends				Vehicles		
Other				Other (CD, etc)		
Other				Other		
LIABILITIES						
	Balance			Institution		
York General Hospital				York General		
Real Estate Mortgage						
Rent						
Vehicle Lien						
Vehicle Lien						
Credit Card						
Credit Card						
Credit Card						
Other Loan						
Other Debts						
Other Debts						
Other Debts						
<b>Total Liabilities</b>						
<b>Net Worth</b>						

### PATIENT ACKNOWLEDGMENT

I hereby submit this application for financial assistance to York General Health Care Services (YGHCS). I acknowledge the above information given to be true and correct and authorize YGHCS to verify any information given on this form. It is understood and agreed that any misrepresentation by me in this application will be sufficient cause for automatic denial of financial assistance.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# YORK GENERAL

<b>APPROVED BY: Name</b>	<b>Date</b>	<b>POLICY NO.</b> <u>1000.0470</u>
<u>Board of Directors</u>	<u>4/2016</u>	<b>SUBJECT</b> <u>Financial Assistance</u>
<u>CEO</u>	<u>4/2016</u>	<b>PAGE</b> <u>1</u> <b>OF</b> <u>7</u>
<u>CFO</u>	<u>4/2016</u>	<b>ORIG. DATE</b> <u>1/94</u> <b>EFFECT DATE</b> <u>5/2016</u>
<u>DISTRIBUTION</u>	<u>Intranet</u>	<b>DATE TO BE REVIEWED</b> <u>5/2017</u>
<u>KEYWORDS</u>		<b>SUPERSEDES POLICY DATED</b> <u>4/15</u>

**SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE POLICY**

## **PURPOSE**

The purpose of this policy is to further the charitable mission of York General Health Care Services (YGHCS) by providing financially disadvantaged and other qualified patients with an avenue to apply for and receive free or discounted care consistent with requirements of the Internal Revenue Code and implementing regulations.

## **I. ELIGIBILITY CRITERIA**

The following classes of individuals and categories of care are eligible for financial assistance under this policy:

### **A. Financially Indigent**

To qualify as Financially Indigent, the patient must be Uninsured or Underinsured and have a Household Income of equal to or less than 200% of Federal Poverty Level; provided, however, that patients who satisfy the minimum Household Income criteria but have a Net Worth in excess of 20% percent of total outstanding medical bills do not qualify as Financially Indigent. The following definitions apply to such eligibility criteria:

"Uninsured": A patient who (i) has no health insurance or coverage under governmental health care programs, and (ii) is not eligible for any other third party payment such as worker's compensation or claims against others involving accidents.

"Underinsured": A patient who (i) has limited health insurance coverage that does not provide coverage for YGHCS services or other medically necessary services provided by YGHCS, or (ii) has exceeded the maximum liability under his/her insurance coverage, or (iii) has a copay or deductible assessed under the patient's insurance contract that is in excess of 30% of the patient's Net Worth.

"Household Income": The total income of all members living in the patient's household and/or all parents' income of a minor child.

"Net Worth": Net asset value (assets – liabilities (excluding YGHCS liabilities)) of all members living in the patient's household. The asset value of a primary residence and personal retirement plans will be excluded from the calculation. Primary residence mortgage liabilities will be excluded from total liability calculation.

**B.                      Medically Indigent**

To qualify as Medically Indigent, the patient must have medical bills from YGHCS in excess of 30% percent of the greater of the patient's Household Income or Net Worth. Under the medically indigent category, an eligible patient's responsibility will never exceed 30% of their annual income.

**C.                      Failure to Apply for Medicaid**

Patients who may be eligible for Medicaid and fail to apply for Medicaid within thirty (30) days of YGHCS's request are not considered eligible for financial assistance under this policy.

**D.                      Categories of Care Eligible for Financial Assistance**

Provided that the patient qualifies as either Financially Indigent or Medically Indigent, the following classes of care are eligible for financial assistance under this policy:

- Emergency medical care
- Medically necessary care

Medical necessary: According to 42 C.F.R. §411.15(k) [Medicare] and C.F.R. §199.4(g)(1) [CHAMPUS], "medical necessity" generally means that the service is "reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of illness or injury or to improve the functioning of a malformed bodily member", that the service in question is safe and effective and not experimental, that the service is generally accepted in the medical community as safe and effective for the condition for which it is used, and that the service was ordered by a licensed physician, osteopathic physician, dentist, podiatrist, optometrist, chiropractor, physician assistant, certified registered nurse anesthetist, advanced practice registered nurse, or certified nurse midwife. YGHCS Policy **1000.0330**.

Regardless of a patient's status as Financially Indigent or Medically Indigent, cosmetic procedures are not eligible for financial assistance under this policy.

**II.                      COVERED PROVIDERS**

Care provided by YGHCS employees and contracted staff is covered by this policy.

Patients may obtain a current list of providers who are and are not subject to this policy at no charge by visiting YGHCS Patient Accounts Department, calling (402) 362-0429 or visiting [www.yorkgeneral.org](http://www.yorkgeneral.org).

**III.                      LIMITATION ON CHARGES & CALCULATION OF AMOUNT OWED**

Patients who are deemed to be eligible for financial assistance under this policy will not be charged for care covered by this policy more than Amounts Generally Billed by YGHCS to individuals who have health insurance covering such care. Discounts granted to eligible patients under this policy will be taken from gross charges.

**A. Calculation of Amounts Generally Billed**

The "Amount Generally Billed" or "AGB" is the amount YGHCS generally bills to insured patients. YGHCS determines its AGB utilizing the method detailed below.

YGHCS utilizes the look-back method to establish its AGB and AGB Percentage. The AGB is YGHCS's gross charges multiplied by the AGB Percentage. Patients may obtain YGHCS's most current AGB Percentage and a description of the calculation in writing free of charge by visiting YGHCS's Patient Accounts office at 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska, the emergency room, front desk, or the admissions desk, by calling 402-362-0429, or by visiting [www.yorkgeneral.org](http://www.yorkgeneral.org).

YGHCS calculates its AGB Percentage on an annual basis. For purposes of this policy, each new AGB Percentage will be implemented within 120 days of the 12 month period used by YGHCS to calculate the AGB Percentage.

**B. Amount of Financial Assistance/Discount**

Patients who qualify for financial assistance as **Financially Indigent** are eligible for financial assistance based upon the following sliding fee scale:

<b>FPL</b>	<b>100%</b>	<b>125%</b>	<b>150%</b>	<b>175%</b>	<b>200%</b>
<b>Discount</b>	<b>100%</b>	<b>75%</b>	<b>50%</b>	<b>35%</b>	<b>25%</b>

Patients who qualify for financial assistance as **Medically Indigent** will be responsible for their medical bills up to 30% of their Household Income. Any remaining amount will be considered financial assistance under this policy.

If financial assistance provided to the patient results in a charge of greater than AGB, the patient shall be provided additional financial assistance such that the patient is not personally responsible for more than AGB. In determining whether an eligible patient has been charged more than AGB, YGHCS considers only those amounts that are the personal obligation of the patient. Amounts received from third party payors are not considered charged or collected from the patient.

**IV. APPLICATION PROCESS & DETERMINATION**

Patients who believe they may qualify for financial assistance under this policy are required to submit an application on YGHCS's financial assistance application form during the Application Period. Completed applications must be returned to YGHCS Patient Accounts 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska 68467.

For purposes of this policy, the "Application Period" begins on the date care is provided to the patient and ends on the later of (i) the 240<sup>th</sup> day after the date the first post-discharge (whether inpatient or outpatient) billing statement is provided to the patient OR (ii) not less than 30 days after the date

YGHCS provides the patient the requisite final notice to commence extraordinary collection actions ("ECAs").

Patients may obtain a copy of this policy, a plain language summary of this policy, and a financial assistance application free of charge (i) by mail by calling (402) 362-0429, (ii) by download from www.yorkgeneral.org, or (iii) in person at (a) the emergency room, (b) any admission areas, or (c) YGHCS Patient Accounts.

**A. Completed Applications**

Upon receipt, YGHCS will suspend any ECAs taken against the patient and process, review and make a determination on completed financial assistance applications submitted during the Application Period as set forth below. YGHCS may, in its own discretion, accept complete financial assistance applications submitted after the Application Period.

Determination of eligibility for financial assistance shall be made by the following individual(s):

<u>Potential Write-off Amount</u>	<u>Approval Authority</u>
\$0.00 - \$50.00	CEO, CFO, ACFO
\$50.01 and above	YGHCS Finance Committee

Unless otherwise delayed as set forth herein, such determination shall be made within 45 days of submission of a timely completed application. Patients will be notified of YGHCS's determination by the United States Postal Service.

To be considered "complete" a financial assistance application must provide all information requested on the form and in the instructions to the form.

YGHCS will not consider an application incomplete or deny financial assistance based upon the failure to provide any information that was not requested in the application or accompanying instructions. YGHCS may take into account in its determination (and in determining whether the patient's application is complete) information provided by the patient other than in the application.

For questions and/or assistance with filling out a financial assistance application, the patient may contact patient financial services at (402) 362-0429 or by visiting 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska 68467 between the hours of 8:00 a.m. – 5:00 p.m. Monday – Friday.

If a patient submits a completed financial assistance application during the Application Period and YGHCS determines that the patient may be eligible for participation in Medicaid, YGHCS will notify the patient in writing of such potential eligibility and request that the patient take steps necessary to enroll in such program. In such circumstances YGHCS will delay the processing of the patient's financial assistance application until the patient's application for Medicaid is completed, submitted to the requisite governmental authority, and a determination has been made. If the patient fails to submit an application within thirty (30) days of YGHCS's request, YGHCS will process the completed financial assistance application and financial assistance will be denied due to the failure to meet the eligibility criteria set forth herein.]

**B. Incomplete Applications**

Incomplete applications will not be processed by YGHCS. If a patient submits an incomplete application, YGHCS will suspend ECAs and provide the patient with written notice setting forth the additional information or documentation required to complete the application. The written notice will include the contact information (telephone number, and physical location of the office) of patient financial assistance. The notice will provide the patient with at least 14 days to provide the required information; provided, however, that if the patient submits a completed application prior to the end of the Application Period, YGHCS will accept and process the application as complete.

**C. Presumptive Eligibility**

YGHCS reserves the right to provide financial assistance even though an application has not been submitted for the applicable care. YGHCS will utilize previous FAP applications to determine the assistance provided to the patient. If the patient is provided less than the maximum possible level of financial assistance, YGHCS will:

- Notify the patient regarding the basis for the presumptive financial assistance;
- Notify the patient as to how to apply for potentially more financial assistance;
- Give the patient a reasonable amount of time to apply for more generous assistance before initiating ECAs; and
- If the individual submits a completed application seeking additional financial assistance during the later of the Application Period or the response time set forth in the notice, process the application in accordance with this policy.

**V. COLLECTION ACTIONS**

Patients will be provided a plain language summary of the financial assistance policy upon admission to YGHCS. Furthermore, all billing statements will include a conspicuous written notice regarding the availability of assistance, including the contact information identifying where the patient may obtain further information and financial assistance-related documents and the website where such documents may be found.

YGHCS or its authorized representatives may refer a patient's bill to a third party collection agency or take any or all of the following extraordinary collection actions ("ECAs") in the event of non-payment of outstanding bills:

- Legal suit
- Garnishment of wages

YGHCS may refer a patient's bill to a collection agency 90 days from the date the first bill for care was provided to the patient. YGHCS will not take ECAs against a patient or any other individual who has accepted or is required to accept financial responsibility for a patient unless and until YGHCS has made "reasonable efforts" to determine whether the patient is eligible for financial assistance under this policy.

The Director of Patient Accounts is responsible to determine whether YGHCS has engaged in reasonable efforts to determine whether a patient is eligible for financial assistance.

**A. No Application Submitted**

If a patient has not submitted a financial assistance application, YGHCS has taken "reasonable efforts" so long as it:

1. Does not take ECAs against the patient for at least 120 days from the date YGHCS provides the patient with the first post-discharge bill for care; and
2. Provides at least thirty (30) days' notice to the patient that:
  - o Notifies the patient of the availability of financial assistance;
  - o Identifies the specific ECA(s) YGHCS intends to initiate against the patient, and
  - o States a deadline after which ECAs may be initiated that is no earlier than 30 days after the date the notice is provided to the patient;
3. Provides a plain language summary of the financial assistance policy with the aforementioned notice; and
4. Makes a reasonable effort to orally notify the patient about the potential availability of financial assistance at least 30 days prior to initiating ECAs against the patient describing how the individual may obtain assistance with the financial assistance application process.
5. If the patient has been granted financial assistance based on a presumptive eligibility determination, YGHCS has provided the patient with the notice required in the financial assistance policy.

**B. Incomplete Applications**

If a patient submits an incomplete financial assistance application during the Application Period, "reasonable efforts" will have been satisfied if YGHCS:

1. Provides the patient with a written notice setting forth the additional information or documentation required to complete the application. The written notice shall include the contact information (telephone number, and physical location of the office) of YGHCS department that can provide a financial assistance application and assistance with the application process. The notice shall provide the patient with at least 14 days to provide the required information; and
2. Suspends ECAs that have been taken against the patient, if any, for not less than the response period allotted in the notice.



If the patient fails to submit the requested information within the allotted time period, ECAs may resume; provided, however, that if the patient submits the requested information during the Application Period, YGHCS must suspend ECAs and make a determination on the application.

### **C. Completed Applications**

If a patient submits a completed financial assistance application, "reasonable efforts" will have been made if YGHCS does the following:

1. Suspends all ECAs taken against the individual, if any;
2. Makes a determination as to eligibility for financial assistance as set forth in the financial assistance policy; and
3. Provides the patient with a written notice either (i) setting forth the financial assistance for which the patient is eligible or (ii) denying the application. The notice must include the basis for the determination.

If YGHCS has requested that the patient apply for Medicaid, YGHCS will suspend any ECAs it has taken against the patient until the patient's Medicaid application has been processed or the patient's financial assistance application is denied due to the failure to timely apply for Medicaid coverage.

If a patient is eligible for financial assistance other than free care, YGHCS will:

1. Provide the patient with a revised bill setting forth: (i) the amount the patient owes for care provided after financial assistance, (ii) how the revised amount was determined; and (iii) either the AGB for the care provided or instructions on how the patient can obtain information regarding the ABG for the care provided;
2. Provide the patient with a refund for any amount the patient has paid in excess of the amount owed to YGHCS (unless such amount is less than \$5); and
3. Take reasonable measures to reverse any ECAs taken against the patient.

## **VI. EMERGENCY MEDICAL CARE**

Emergency medical treatment will be provided without regard to ability to pay and regardless whether the patient qualifies for financial assistance under the financial assistance policy. YGHCS will not take any action that may interfere with the provision of emergency medical treatment, for example, by demanding payment prior to receiving treatment for emergency medical conditions or permitting debt collection activities that interfere with the provision of emergency medical care in the emergency department. Emergency medical treatment will be provided in accordance with YGHCS policies governing and implementing the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act.



# YORK GENERAL

<b>APROBADO POR: Nombre</b>	<b>Fecha</b>	<b>NÚMERO DE PÓLIZA</b>	<b>1000.0470</b>	
<b>Consejo de administración</b>	<b>4/2016</b>	<b>TEMA</b>	<b>Asistencia financiera</b>	
<b>CEO</b>	<b>4/2016</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1</b>	<b>DE 1</b>
<b>CFO</b>	<b>4/2016</b>	<b>FECHA ORIGINAL</b>	<b>04/08</b>	<b>FECHA EFECTIVA 5/2016</b>
<b>DISTRIBUCIÓN</b>	<b>Patient Accounts</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN</b>	<b>5/2017</b>	
<b>PALABRAS CLAVE</b>		<b>POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN DE FECHA</b>	<b>04/2015</b>	

**TEMA: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

## PROPÓSITO

El objetivo de esta política es promover la misión benéfica de los Servicios Generales de Salud de York (YGHCS) proporcionando a los pacientes financieramente desfavorecidos y otros pacientes calificados una forma de solicitar y recibir atención gratuita o con descuento conforme a los requisitos del Código de Impuestos Internos y la implementación regulaciones.

## YO. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

Las siguientes clases de personas y categorías de atención son elegibles para recibir asistencia financiera según esta política:

### **A. Financieramente indigente**

Para calificar como Financieramente indigente, el paciente debe estar sin seguro o con seguro insuficiente y tener un ingreso familiar igual o inferior al 200% del nivel federal de pobreza; con la condición, sin embargo, que los pacientes que satisfagan los criterios mínimos de Ingresos Domésticos pero tengan un Valor Neto que exceda el 20% del total de facturas médicas pendientes no califiquen como Financieramente Indigentes. Las siguientes definiciones se aplican a tales criterios de elegibilidad:

"No asegurado": un paciente que (i) no tiene seguro médico o cobertura bajo programas gubernamentales de atención médica, y (ii) no es elegible para ningún otro pago de terceros, como compensación laboral o reclamos contra terceros que involucren accidentes.

"Infra asegurado": un paciente que (i) tiene cobertura de seguro de salud limitada que no brinda cobertura para servicios de YGHCS u otros servicios médicamente necesarios provistos por YGHCS , o (ii) ha excedido la responsabilidad máxima bajo su cobertura de seguro , o (iii) tiene un copago o deducible evaluado según el contrato de seguro del paciente que es superior al 30% del patrimonio neto del paciente.

"Ingreso del hogar": el ingreso total de todos los miembros que viven en el hogar del paciente y / o el ingreso de todos los padres de un menor.

"Valor neto": valor neto de los activos (activos - pasivos (excluyendo los pasivos YGHCS )) de todos los miembros que viven en el hogar del paciente. El valor del activo de una residencia principal y planes de retiro personal se excluirán del cálculo. Los pasivos de la hipoteca de residencia primaria se excluirán del cálculo del pasivo total.

**SEGUNDO. Medicamento indigente**

Para calificar como Medicamento Indigente, el paciente debe tener facturas médicas de m YGHCS en exceso del 30% por ciento del mayor ingreso o patrimonio neto del paciente. En la categoría medicamento indigente, la responsabilidad del paciente elegible nunca superará el 30% de su ingreso anual.

**DO. Falta de solicitud de Medicaid**

Los pacientes que pueden ser elegibles para Medicaid y no pueden solicitar Medicaid dentro de los treinta (30) días posteriores La solicitud de YGHCS no se considera elegible para asistencia financiera bajo esta política.

**RE. Categorías de atención elegibles para asistencia financiera**

Siempre que el paciente califique como Financieramente Indigente o Medicamento Indigente, las siguientes clases de cuidado son elegibles para asistencia financiera bajo esta política:

- Atención médica de emergencia
- Cuidado medicamento necesario

Medicamento necesario: Según 42 CFR §411.15 (k) [Medicare] y CFR §199.4 (g) (1) [CHAMPUS], "necesidad médica" generalmente significa que el servicio es "razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad" o lesión o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo ", que el servicio en cuestión es seguro y eficaz y no experimental, que el servicio se acepta generalmente en la comunidad médica como seguro y eficaz para la condición para la que se utiliza, y que el servicio fue ordenado por un médico con licencia, un médico osteópata, un dentista, un podólogo, un optometrista, un quiropráctico, un asistente médico, un anestesiista certificado certificado de enfermería, un enfermero registrado de práctica avanzada o una partera certificada. Política YGHCS 1000.0330.

Independientemente del estado de un paciente como Financieramente Indigente o Medicamento Indigente, los procedimientos cosméticos no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política.

**II. PROVEEDORES CUBIERTOS**

La atención brindada por los empleados de YGHCS y el personal contratado está cubierta por esta política.

Los pacientes pueden obtener una lista actual de proveedores que están y no están sujetos a esta política sin costo alguno visitando el Departamento de Cuentas de Pacientes de YGHCS, llamando al (402) 362-0429 o visitando [www.yorkgeneral.org](http://www.yorkgeneral.org).

**III. LIMITACIÓN DE CARGOS Y CÁLCULO DE LA CANTIDAD DEMORA**

A los pacientes que se consideran elegibles para asistencia financiera bajo esta política no se les cobrará por la atención cubierta por esta póliza más que los montos generalmente cobrados por YGHCS a las personas que tienen seguro de salud que cubre dicha atención. Los descuentos otorgados a pacientes elegibles según esta política se tomarán de los cargos brutos.

#### A. Cálculo de montos generalmente facturados

El "Monto generalmente facturado" o "AGB" es la cantidad que YGHCS generalmente factura a los pacientes asegurados. YGHCS determina su AGB utilizando el método detallado a continuación.

YGHCS utiliza el método de revisión para establecer su porcentaje AGB y AGB. El AGB es Los cargos brutos de YGHCS se multiplican por el porcentaje de AGB. Los pacientes pueden obtener Porcentaje de AGB más reciente de YGHCS y una descripción del cálculo en forma gratuita visitando la oficina de Cuentas de Pacientes de YGHCS en 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska, la sala de emergencias, la recepción o el mostrador de admisiones, llamando al 402 -362-0429, o visitando [www.yorkgeneral.org](http://www.yorkgeneral.org).

YGHCS calcula su Porcentaje de AGB sobre una base anual. A los efectos de esta política, cada nuevo porcentaje de AGB se implementará dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por YGHCS para calcular el porcentaje de AGB.

#### SEGUNDO. Cantidad de asistencia financiera / descuento

Los pacientes que califican para la asistencia financiera como **financieramente indigentes** son elegibles para recibir asistencia financiera en función de la siguiente escala móvil de tarifas:

FPL	100%	125%	150%	175%	200%
Descuento	100%	75%	50%	35%	25%

Los pacientes que califican para asistencia financiera como **Medicamento Indigentes** serán responsables de sus facturas médicas hasta el 30% de su Ingreso Familiar. Cualquier cantidad restante se considerará asistencia financiera bajo esta política.

Si la asistencia financiera brindada al paciente resulta en un cargo superior a AGB, el paciente recibirá asistencia financiera adicional de manera que el paciente no sea personalmente responsable por más de AGB. Para determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado más que AGB, YGHCS solo considera aquellos montos que son la obligación personal del paciente. Los importes recibidos de terceros pagadores no se consideran cargados o cobrados por el paciente.

#### IV. PROCESO DE APLICACIÓN Y DETERMINACIÓN

Los pacientes que crean que pueden calificar para asistencia financiera bajo esta política deben presentar una solicitud en Formulario de solicitud de asistencia financiera de YGHCS durante el Período de solicitud. Las solicitudes completadas deben devolverse a las cuentas de pacientes de YGHCS 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska 68467.

A los fines de esta política, el "Período de solicitud" comienza en la fecha en que se brinda atención al paciente y finaliza el último día (i) del <sup>240</sup> día posterior a la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta (ya sea hospitalario o ambulatorio) se proporciona al paciente O (ii) no menos de 30 días después de la fecha YGHCS proporciona al paciente el aviso final requerido para comenzar acciones de cobro extraordinarias ("ECA").

Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de esta política y una solicitud de asistencia financiera gratuita (i) por correo llamando al (402) 362-0429, (ii) mediante descarga desde [www.yorkgeneral.org](http://www.yorkgeneral.org) , o (iii) en persona en (a) la sala de emergencias, (b) cualquier área de admisión, o (c) Cuentas de pacientes de YGHCS .

#### **A. Aplicaciones completadas**

Al recibo, YGHCS suspenderá cualquier ECA tomada contra el paciente y procesará, revisará y tomará una determinación sobre las solicitudes de asistencia financiera completadas durante el Período de solicitud, tal como se establece a continuación . YGHCS puede, a su propia discreción, aceptar solicitudes de asistencia financiera completa enviadas después del Período de solicitud.

La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera debe ser realizada por la (s) siguiente (s) persona (s):

Cantidad potencial de amortización

\$ 0.00 - \$ 50.00

\$ 50.01 y más

Autoridad de aprobación

CEO, CFO, ACFO

Comité de Finanzas YGHCS

A menos que se demore lo contrario como se establece en este documento, dicha determinación se realizará dentro de los 45 días posteriores a la presentación de una solicitud debidamente completada. Los pacientes serán notificados de la determinación de YGHCS por el Servicio Postal de los Estados Unidos.

Para que se considere "completa", una solicitud de asistencia financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones del formulario.

YGHCS no considerará que una solicitud está incompleta ni negará la asistencia financiera en función de la falta de suministro de información que no se solicitó en la solicitud o en las instrucciones adjuntas. YGHCS puede tener en cuenta en su determinación (y al determinar si la solicitud del paciente está completa) la información proporcionada por el paciente que no sea la solicitud.

Para preguntas y / o ayuda con el llenado de una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede comunicarse con los servicios financieros del paciente al (402) 362-0429 o visitando 2222 North Lincoln Avenue, York, Nebraska 68467 entre las 8:00 a.m. - 5 : 00 p. M. Lunes a viernes.

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa durante el Período de solicitud y YGHCS determina que el paciente puede ser elegible para participar en Medicaid, YGHCS notificará al paciente por escrito sobre dicha posible elegibilidad y solicitará al paciente que tome las medidas necesarias para inscribirse en dicho programa . En tales circunstancias YGHCS retrasará el procesamiento de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que se complete la solicitud del paciente para Medicaid, se presente a la autoridad gubernamental requerida y se haya realizado una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores La solicitud de YGHCS, YGHCS procesará la solicitud de asistencia financiera completa y se denegará la asistencia financiera debido a la falta de cumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.]

## **SEGUNDO. Aplicaciones incompletas**

Las aplicaciones incompletas no serán procesadas por YGHCS . Si un paciente presenta una solicitud incompleta, YGHCS suspenderá las ECA y le proporcionará al paciente un aviso por escrito que establezca la información adicional o la documentación requerida para completar la solicitud. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) de la asistencia financiera del paciente. El aviso le proporcionará al paciente por lo menos 14 días para proporcionar la información requerida; siempre que, sin embargo, si el paciente envía una solicitud completa antes del final del Período de solicitud, YGHCS aceptará y procesará la solicitud como completa.

### **DO. Presunta elegibilidad**

YGHCS se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera aunque no se haya presentado una solicitud para la atención correspondiente. YGHCS utilizará las aplicaciones de FAP anteriores para determinar la asistencia brindada al paciente. Si el paciente recibe menos del nivel máximo de asistencia financiera, YGHCS :

- Notificar al paciente sobre la base de la presunta asistencia financiera;
- Notificar al paciente sobre cómo solicitar potencialmente más asistencia financiera;
- Dé al paciente un tiempo razonable para solicitar una ayuda más generosa antes de iniciar las ECA; y
- Si el individuo presenta una solicitud completa que busca asistencia financiera adicional durante el período posterior de la Solicitud o el tiempo de respuesta establecido en el aviso, procese la solicitud de acuerdo con esta política.

### **V. ACCIONES DE COLECCIÓN**

A los pacientes se les proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera al momento de la admisión a YGHCS . Además, todos los estados de cuenta incluirán un aviso por escrito conspicuo sobre la disponibilidad de asistencia, incluida la información de contacto que identifica dónde el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.

YGHCS o sus representantes autorizados pueden derivar la factura de un paciente a una agencia de cobro de terceros o tomar cualquiera o todas las siguientes acciones extraordinarias de cobro ("ECA") en caso de que no se paguen las facturas pendientes:

- Traje legal
- Embargo de salarios

YGHCS puede derivar la factura de un paciente a una agencia de cobranza 90 días a partir de la fecha en que se le proporcionó al paciente la primera factura por la atención. YGHCS no tomará ECA contra un paciente u otra persona que haya aceptado o deba aceptar la responsabilidad financiera de un paciente a menos que YGHCS haya realizado "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera según esta política. El Director de Cuentas de Pacientes es responsable de determinar si YGHCS ha realizado esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

**A. Ninguna aplicación presentada**

Si un paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera, YGHCS ha realizado "esfuerzos razonables" siempre que:

1. No toma ECA contra el paciente por al menos 120 días a partir de la fecha en que YGHCS le proporciona al paciente la primera factura de atención posterior al alta; y
2. Proporciona al menos treinta (30) días de aviso al paciente que:
  - Notifica al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera;
  - Identifica las ECA específicas que YGHCS intenta iniciar contra el paciente, y
  - Establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar ECA que no es anterior a 30 días después de la fecha en que se le entrega la notificación al paciente;
3. Proporciona un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera con el aviso mencionado; y
4. Hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar ECA contra el paciente que describe cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
5. Si se le ha otorgado asistencia financiera al paciente basándose en una determinación presunta de elegibilidad, YGHCS le ha proporcionado al paciente la notificación requerida en la política de asistencia financiera.

**SEGUNDO. Aplicaciones incompletas**

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud, se habrá cumplido "esfuerzos razonables" si YGHCS :

1. Proporciona al paciente una notificación escrita que establece la información adicional o la documentación requerida para completar la solicitud. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) del departamento de YGHCS que puede proporcionar una solicitud de asistencia financiera y asistencia con el proceso de solicitud. El aviso debe proporcionar al paciente al menos 14 días para proporcionar la información requerida; y
2. Suspende las ECA que se han tomado contra el paciente, si las hubiera, por un período no menor al de respuesta asignado en el aviso.

Si el paciente no presenta la información solicitada dentro del período de tiempo asignado, las ECA pueden reanudarse; siempre que, sin embargo, si el paciente envía la información solicitada durante el Período de solicitud, YGHCS debe suspender los ECA y tomar una determinación sobre la solicitud.

**DO. Aplicaciones completadas**

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completada, se realizarán "esfuerzos razonables" si YGHCS hace lo siguiente:

1. Suspende todas las ECA tomadas contra el individuo, en su caso;
2. Hace una determinación en cuanto a la elegibilidad para la asistencia financiera según lo establecido en la política de asistencia financiera; y
3. Proporciona al paciente un aviso por escrito, ya sea (i) estableciendo la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible o (ii) rechazando la solicitud. El aviso debe incluir la base para la determinación.

Si YGHCS ha solicitado que el paciente solicite Medicaid, YGHCS suspenderá cualquier ECA que haya tomado contra el paciente hasta que se haya procesado la solicitud de Medicaid del paciente o se haya denegado la solicitud de asistencia financiera del paciente debido a la falta de solicitud oportuna de cobertura de Medicaid.

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera que no sea atención gratuita, YGHCS :

1. Proporcione al paciente una factura revisada que establezca: (i) la cantidad que el paciente debe por la atención brindada después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó la cantidad revisada; y (iii) el AGB para la atención brindada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el ABG para la atención brindada;
2. Proporcionar al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente haya pagado en exceso del monto adeudado a YGHCS (a menos que dicha cantidad sea menor a \$ 5); y
3. Tome medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente.

**VI. CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA**

Se brindará tratamiento médico de emergencia independientemente de la capacidad de pago e independientemente de si el paciente califica para recibir asistencia financiera según la política de asistencia financiera. YGHCS no tomará ninguna medida que pueda interferir con la provisión de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, al exigir el pago antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieren con la provisión de atención médica de emergencia en el departamento de emergencia. Se proporcionará tratamiento médico de emergencia de acuerdo con las políticas de YGHCS que rigen e implementan la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Activo Laboral.