



ALOMERE HEALTH  
PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA SIN CARGO

### **¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA SIN CARGO?**

Alomere Health eligió proporcionar una cantidad razonable de servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que no pueden pagar la atención médica que necesitan. En virtud de este programa, el hospital elige brindar servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que reúnan los requisitos. Estos servicios incluyen cualquier servicio para pacientes hospitalizados o ambulatorios que el hospital brinde de forma habitual.

### **¿CÓMO CALIFICO PARA LOS SERVICIOS SIN CARGO?**

La elegibilidad se determina comparando los ingresos y activos familiares con las pautas establecidas por la Junta Directiva del Hospital. Debe cumplir con los requisitos de ingresos y activos para calificar.

### **¿PUEDO OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SIN CARGO?**

Es posible que reciba servicios sin cargo si:

- intentó de forma razonable solicitar asistencia médica dentro de los plazos del programa;
- tiene activos netos que no superen los límites de activos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- tiene ingresos que no superen los límites de ingresos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- transfiere cualquier beneficio de seguro médico que se aplique a los servicios hospitalarios prestados;
- los servicios son médicamente necesarios.

### **¿CÓMO SOLICITO LA ATENCIÓN SIN CARGO?**

Si una persona cree que ella o un miembro de su familia puede reunir los requisitos para recibir servicios sin cargo y desea solicitarlos, debe hacer una solicitud al Account Services Department (Departamento de Servicios de Cuentas). Se requerirá la verificación de la elegibilidad. Alomere Health proporcionará servicios cubiertos sin cargo o con cargo reducido a todas las personas que reúnan los requisitos que soliciten servicios sin cargo, al menos hasta que se agote su presupuesto para estos servicios.

La Junta Directiva del Hospital se reserva el derecho final de aprobar o denegar cualquier solicitud de servicios sin cargo.

### **MÁS INFORMACIÓN**

Esta información puede ayudarlo a decidir si desea solicitar los servicios de atención médica comunitaria sin cargo de Alomere Health. Esto no cubre todas las reglas del programa. Necesitaremos todos los datos sobre su situación antes de que se pueda determinar si reúne los requisitos. Para obtener más información sobre los servicios comunitarios sin cargo, comuníquese con el

#### **Departamento de Servicios de Cuentas**

Alomere Health Plaza  
1500 Irving Street, Ste 2  
Alexandria, MN 56308  
320-759-4242  
800-450-6101

“Alomere Health y todos sus servicios cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alomere Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo”.

SOLICITUD DE ATENCIÓN COMUNITARIA SIN CARGO

Por la presente solicito que Alomere Health determine la elegibilidad para los servicios sin cargo en Alomere Health, Alexandria Clinic, Heartland Orthopedic Specialists o Lakes ENT.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Cónyuge/progenitor si es menor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nro. de garante, si está disponible \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

**INGRESOS:** El ingreso es el total de todos los ingresos en efectivo de la familia **sin deducir impuestos** de todas las fuentes, incluidos sueldos, salarios, desempleo, seguridad social, pensión alimenticia, asistencia pública, etc. Incluye recibos de trabajo por cuenta propia, trabajo agrícola o negocio después de la deducción de impuestos de gastos relacionados con el negocio.

| Familia | 100%    |         | 80%     |         | 60%     |         | 40%     |         | 20%     |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Tamaño  | Anual   | Mensual | Anual   | Mensual | Anual   | Mensual | Anual   | Mensual | Anual   | Mensual |
| 1       | 31,920  | 2,660   | 33,915  | 2,827   | 35,910  | 2,993   | 37,905  | 3,159   | 39,900  | 3,325   |
| 2       | 43,280  | 3,607   | 45,985  | 3,833   | 48,690  | 4,058   | 51,395  | 4,283   | 54,100  | 4,509   |
| 3       | 54,640  | 4,554   | 58,055  | 4,838   | 61,470  | 5,123   | 64,885  | 5,408   | 68,300  | 5,692   |
| 4       | 66,000  | 5,500   | 70,125  | 5,844   | 74,250  | 6,188   | 78,375  | 6,532   | 82,500  | 6,875   |
| 5       | 77,360  | 6,447   | 82,195  | 6,850   | 87,030  | 7,253   | 91,865  | 7,656   | 96,700  | 8,059   |
| 6       | 88,720  | 7,394   | 94,265  | 7,856   | 99,810  | 8,318   | 105,355 | 8,780   | 110,900 | 9,242   |
| 7       | 100,080 | 8,340   | 106,335 | 8,862   | 112,590 | 9,383   | 118,845 | 9,904   | 125,100 | 10,425  |
| 8       | 111,440 | 9,287   | 118,405 | 9,868   | 125,370 | 10,448  | 132,335 | 11,028  | 139,300 | 11,609  |

Para unidades familiares con más de ocho miembros, agregue \$947 por mes por cada miembro adicional.

**SE DEBE INCLUIR UN COMPROBANTE DE INGRESOS O SE DENEGARÁ LA SOLICITUD**

|  | Últimos 3 meses<br>calendario completados | Año anterior/Formularios<br>federales 1040 y W2 |
|--|---|---|
| Salarios sin deducción de impuestos                              |   |   |
| Formulario federal 1040 y anexo C por trabajo autónomo           |   |   |
| Formulario federal 1040 y anexo F por ingresos agrícolas         |   |   |
| Asistencia pública   |   |   |
| Seguridad social sin deducción de impuestos                      |   |   |
| Desempleo/indemnización por accidente laboral                    |   |   |
| Pensión alimenticia/manutención de los hijos                     |   |   |
| Asignaciones para familias militares                             |   |   |
| Pensiones  |   |   |
| Ingresos por intereses, dividendos o rentas<br>O cualquier otro: |   |   |
| <b>Total</b>   |   |   |

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Nombres de los familiares \_\_\_\_\_

## SOBRE

### ¿Cuáles son los límites de activos para la atención sin cargo?

Los activos son lo que usted posee, incluido dinero en efectivo, ahorros o propiedades que no son de propiedad familiar. Una persona que vive sola puede poseer \$12 000 en activos. Una pareja casada o una familia puede poseer \$28 000 en activos.

**Los activos que no cuentan son la propiedad familiar, fondo de entierro prepagado de hasta \$3000, un vehículo motorizado y activos comerciales o agrícolas utilizados para respaldar el flujo de ingresos.** Los límites de valor de los activos son netos de lo que se debe contra cada activo.

|   | Sí/No | Valor | Monto adeudado | Nombre de los propietarios |
|---|-------|-------|----------------|----------------------------|
| Dinero en efectivo  |       |       |                |                            |
| Cuentas bancarias   |       |       |                |                            |
| Seguro de vida/<br>valor en efectivo                              |       |       |                |                            |
| Acciones/bonos  |       |       |                |                            |
| Fondos de entierro  |       |       |                |                            |
| Lista de vehículos.<br>Marca y año <i>si tiene<br/>más de uno</i> |       |       |                |                            |
| Propiedad que no es<br>residencia principal                       |       |       |                |                            |
| Barco/moto, caravana  |       |       |                |                            |
| Otros   |       |       |                |                            |
| Valor total (neto)  |       |       |                |                            |

Si está buscando atención sin cargo por servicios ya prestados por Alomere Health, indique el lugar donde se prestó el servicio y las fechas aproximadas si las tiene disponibles.

Si está buscando una determinación de elegibilidad para servicios que aún no se prestaron, indique el tipo de servicio solicitado y la fecha aproximada en que se prestará el servicio. \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que proporcioné está sujeta a verificación por parte de Alomere Health y está sujeta a revisión final y determinación por parte de la Junta Directiva de Alomere Health y otros, según sea necesario. Al firmar esta solicitud, estoy declarando bajo pena de perjurio que examiné esta solicitud y, según mi leal saber y entender, es una declaración verdadera y correcta de cada punto esencial. También entiendo que, si se determina que la información que presento es falsa o engañosa, o si omito la información relevante solicitada, dicha determinación dará lugar a una denegación de beneficios en virtud del Programa de atención sin cargo, y seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

“Alomere Health y todos sus servicios cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alomere Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo”.