

APLICACIÓN PARA DIFICULTAD FINANCIERA

Por favor complete el siguiente formulario y entregue toda la documentación necesaria a ROMTherapy™.

Toda información relacionada a esta aplicación será mantenida completamente confidencial y será únicamente para determinar elegibilidad.

Apellido: _____ Nombre: _____ 2º Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ # Seguro Social: _____

Dirección de domicilio: _____ Dpto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de Domicilio: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Contacto Adicional: _____

Nombre de persona que completa esta aplicación (si difiere del anterior): _____

Relación con el paciente: _____

Información del Seguro: ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro (por favor especificar) _____

Seguro Médico Primario: _____ ID# _____

Seguro Médico Secundario: _____ ID# _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Situación Laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Con Discapacidad

Número de familiares que viven en su domicilio: _____

	Paciente	Cónyuge	Dependientes
Salario Mensual (Bruto)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Subtotal:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
INGRESO FAMILIAR TOTAL	\$ _____		

CERTIFICO QUE NO EXISTE OTRA FUENTE DE INGRESOS, INCLUYENDO MEDICAID, PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL, PADRES U OTRO INDIVIDUO O PROGRAMA QUE SEA LEGALMENTE RESPONSABLE POR MIS FACTURAS. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y EXACTA. AUTORIZO A ROMTHERAPY A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CON EL ÚNICO PROPÓSITO DE EVALUAR ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA.

Firma del Aplicante

Fecha

PÓLIZA Y APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Propósito: Esta póliza ha sido establecida para mantener parámetros uniformes en la adecuada reducción de tarifas, coaseguración o deducibles en los casos de pacientes indigentes o sin seguro médico. Todos los aplicantes deberán llenar éste solicitud para poder ser considerados en el otorgamiento de ayuda financiera.

Póliza: En conformidad con las leyes pertinentes, nuestras practicas no exoneran o reducen rutinariamente la coaseguración y/o los deducibles y/o pagos de su propio bolsillo, a menos que los pacientes demuestren exitosamente que estas tarifas podrían causar significantes dificultades financieras como está definido en esta póliza.

Adicionalmente, como parte de esta póliza, nosotros NO participamos en ninguna de las siguientes actividades:

- Anunciar o de alguna manera comunicar al público en general que los pagos hechos por su seguro médico (incluyendo Medicare and Medicaid) serán aceptados como pago total por los servicios proporcionados por nuestra oficina.
- Aceptar “únicamente seguros” o TWIP (Lo que pague el seguro) como pago total por los servicios prestados.
- Fallar en cobrar coaseguración y/o deducibles de un paciente para inclinarlos a que consigan referidos para nuestro negocio.
- Fallar en proporcionar el esfuerzo razonable de cobro para recolectar el saldo de un paciente.

Póliza de Exoneración: Es política de ROMTherapy™ el facturar toda la cantidad aplicable de “pago de su bolsillo” y hacer los esfuerzos necesarios para recolectar dichas cantidades en conformidad con nuestras practicas y procedimientos de cobro. Sin embargo, únicamente en base a casos por casos si el paciente satisface los requisitos para ayuda financiera como está especificado en esta póliza, ROMTherapy podría exonerarlo o reducir estas cantidades, o proveer términos para la extensión de pagos.

Esta aplicación deberá ser retenida por el departamento de facturas de ROMTherapy™.

Figura A – 2024 DIRECTRICES DE POBREZA PARA LOS 48 ESTADOS ADYACENTES Y EL DISTRITO DE COLUMBIA*

Personas por familia/hogar	Directrices de Pobreza				
	100%	200%	300%	400%	500%
1	\$15,060	\$30,120	\$45,180	\$60,240	\$75,300
2	\$20,440	\$40,880	\$61,320	\$81,760	\$102,200
3	\$25,820	\$51,640	\$77,460	\$103,289	\$129,100
4	\$31,200	\$62,400	\$93,600	\$124,800	\$156,000
5	\$36,580	\$73,160	\$109,740	\$146,320	\$182,900
6	\$41,960	\$83,920	\$125,880	\$167,840	\$209,800
7	\$47,340	\$94,680	\$142,020	\$189,360	\$236,700
8	\$52,720	\$105,440	\$158,160	\$210,880	\$263,600

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregar \$5,380 al valor de referencia por cada persona extra.

Asistencia Financiera para Pacientes de ROMTherapy**

Nivel de Pobreza:	0% – 300%	301% – 400%	401% – 500%
Descuento hasta:	100%	75%	50%

* <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

** Catálogo de descuento está vinculado con las directrices del nivel de pobreza