

## GUÍA DE SOLICITUD PARA LA ATENCIÓN COMPASIVA DE JEFFERSON HEALTH - PA

Jefferson Health ofrece asistencia financiera para la atención médica de individuos y familias elegibles. Con base en sus necesidades financieras, pueden estar disponibles los pagos reducidos o la atención compasiva.

Usted puede ser elegible para asistencia financiera si:

- tiene un seguro limitado o no tiene seguro
- no es elegible para ayuda del gobierno (por ejemplo, Medicaid)
- puede demostrar que tiene dificultades financieras
- es un residente de Pennsylvania, New Jersey o Delaware
- le proporciona a Jefferson la información necesaria sobre las finanzas de su hogar

### **Acerca del proceso de solicitud:**

El proceso de solicitud para el Programa de Atención Compasiva de Jefferson Health incluye estos pasos:

- Completar el formulario de Solicitud de Atención Compasiva incluido en este paquete.  
---Incluir los documentos de respaldo enumerados en la lista de verificación adjunta.  
---Nosotros verificaremos sus ingresos, activos (por ejemplo, cuentas bancarias, acciones, bonos y otras inversiones) y la cantidad de integrantes de la familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Utilizamos una escala variable basada en los lineamientos federales de pobreza.  
---Tenga en cuenta que primero debe determinar si es elegible para algún tipo de beneficios del seguro que podrían cubrir su atención (por ejemplo, indemnización laboral, seguro de automóviles, y/o Asistencia Médica). Podemos ayudarle a encontrar los recursos adecuados.
- Luego de revisar su solicitud, se tomará una decisión y usted será notificado sobre esta.
- Podemos coordinar un plan de pagos para cualquier saldo restante que no esté cubierto por la Atención Compasiva.
- Este programa únicamente incluye sus saldos con Jefferson Health Hospital y podría no cubrir servicios médicos.

### **Cómo diligenciar su solicitud:**

Envíe por correo su formulario de solicitud completo y las copias de sus comprobantes de ingresos a la dirección del establecimiento donde recibió los servicios:

<b>Lugares de servicio:</b>	<b>Jefferson University/Jefferson Neurosciences/ Methodist Hospitals</b>	<b>Abington/Lansdale Hospitals</b>	<b>Bucks/Frankford/Torresdale Hospitals</b>
<b>Enviar a:</b>	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Representante de Asistencia Financiera	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Representante de Asistencia Financiera	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Representante de Asistencia Financiera
<b>Números telefónicos:</b>	833-958-2198; opción 1	833-958-2198; opción 2	833-958-2198; opción 3
<b>Números de fax:</b>	215-503-9163	215-481-3057	215-831-2330
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<a href="mailto:customer.service@jefferson.edu">customer.service@jefferson.edu</a>	<a href="mailto:finassist@jefferson.edu">finassist@jefferson.edu</a>	<a href="mailto:JeffNE.FC@jefferson.edu">JeffNE.FC@jefferson.edu</a>
<b>Lugares de servicio:</b>	<b>Einstein Medical Center Philadelphia</b>	<b>Einstein Medical Center Elkins Park</b>	<b>Einstein Medical Center Montgomery</b>
<b>Enviar a:</b>	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141 Attn: Representante de Asistencia Financiera	5501 Old York Road Korman Building, Room 111 Philadelphia, PA 19141 Attn: Representante de Asistencia Financiera	559 West Germantown Pike 1 <sup>st</sup> Floor, INV Platform East Norriton, PA 19403 Attn: Representante de Asistencia Financiera
<b>Números telefónicos:</b>	215-456-8146	215-456-8146	484-622-1514
<b>Números de fax:</b>	215-456-8147	215-456-8147	484-622-1540
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<a href="mailto:HinesC@einstein.edu">HinesC@einstein.edu</a>	<a href="mailto:HinesC@einstein.edu">HinesC@einstein.edu</a>	<a href="mailto:OrzolKim@Einstein.edu">OrzolKim@Einstein.edu</a>

## ATENCIÓN COMPASIVA DE JEFFERSON HEALTH

### Lista de verificación de documentación

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos pertinentes en su caso. Adjunte **copias, no originales**, ya que Jefferson no puede devolver documentos enviados con la solicitud. Si faltan documentos, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

#### 1. Si usted tiene ingresos:

Adjunte comprobante de los ingresos del hogar, la cual puede incluir:

- Comprobantes de pago vigentes y consecutivos de los últimos treinta (30) días de todos los miembros empleados de la familia.
- Cartas de otorgamiento: Seguridad social, pensión, indemnización por desempleo y laboral
- Formulario IRS 1040 más reciente y anexos adecuados - Declaración de impuestos 1040 completa con el W2, si es independiente; el 1099 con el Anexo C (ganancias y pérdidas); y declaración de impuestos 1040 del año anterior.
- Carta de su empleador con el membrete de la empresa en la que se indique la fecha de contratación, pago por hora o semana, firmada y fechada por su empleador con número de teléfono.
- Otra documentación: I-20, manutención al menor, carta del refugio, carta de ayuda financiera (detallando el motivo por el que no hay comprobante de ingresos disponible). Incluya los ingresos del patrocinador.

#### 2. Si usted no tiene ingresos:

- Envíenos una carta de manutención. La persona que brinda manutención debe firmar la carta y hacer autenticar el documento ante notario.

#### 3. Comprobante de efectivo disponible en el hogar

Adjunte los estados más recientes para:

- cuentas bancarias corrientes y/o de ahorros
- acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas con alto rendimiento de intereses o rentas vitalicias
- cualquier otra inversión, incluidos bienes raíces
- Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA), Cuentas de Ahorros Médicos (MSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o Acuerdos de Reembolso de Salud (HRA)

#### 4. Carta de denegación de asistencia médica

- Con base en la evaluación financiera inicial, quizá sea necesario que solicite Asistencia Médica y envíe una copia de la Carta de denegación (PA 162) antes de que podamos aprobar su solicitud.

#### 5. Verificación de identidad:

- Copia de la licencia de conducir, pasaporte, u otro documento de identificación con fotografía, o una identificación emitida por el gobierno

#### 6. Su formulario de Solicitud de Asistencia Financiera completo y firmado

- Asegúrese de completar todas las partes del formulario pertinentes en su caso.
- Devuélvalo dentro de los siguientes treinta (30) días.