

## VALLEY HEALTH OFRECE DIFERENTES OPCIONES PARA SALDAR CUENTAS:

1. Pago íntegro al recibir la primera declaración o carta, o, planes de pago para pagar íntegramente
2. Asistencia para inscribirse en Medicaid.
3. Asistencia Financiera Completa o Parcial está disponible para pacientes que no califican para Medicaid.
4. Esta solicitud de Asistencia Financiera **no se aplica** a las cuentas de Atención Urgente, cuentas de Valley Home Care, cuentas de atención de Valley Gateway Homes, cuentas de Valley Medical Transport, o cuentas de Salud Ocupacional. Una solicitud separada debe obtenerse para estos servicios llamando a Valley Regional Enterprises (VRE) al 1-866-887-9008.

Los Consejeros Financieros de Valley Health están disponibles para responder cualquier pregunta y ayudarle a determinar la opción más apropiada para sus necesidades particulares y pueden ser contactados al llamar al **1-866-414-4576**, o por **correo electrónico a: [PBDValleyHealth@ensemblehp.com](mailto:PBDValleyHealth@ensemblehp.com)**. Revise la Póliza de Asistencia Financiera completa antes de solicitarla.

**1. COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA** Como Paciente o Garante/Cónyuge, usted y su cónyuge deben firmar y fechar esta solicitud. Enumere cualquier pago que esté vencido. Si la información requerida no aplica, responda **“N/A”**.

**2. DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN ES NECESARIA PARA REVISAR SU SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y LA SOLICITUD SERÁ DENEGADA SI NO SE PROPORCIONA TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA. VEA LA SECCIÓN DE “DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS” DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP) PARA INFORMACIÓN ADICIONAL:**

- PRUEBA ACTUAL DE TODOS LOS INGRESOS EN SU HOGAR
- Una copia de las declaraciones de impuestos más recientes de todos los miembros de familia legalmente responsables de 18 años o más. Si los cónyuges presentan por separado, usted debe enviar ambas declaraciones. Si no tiene una copia de su declaración, usted puede obtener una transcripción del IRS llamando al 1-800-829-1040.
- Copias de los recibos por pago de sueldos y salarios del mes más reciente disponible para todos los miembros de familia responsables.
- Verificación de ingresos escrita de un empleador si se le paga en efectivo.
- Copias de los extractos bancarios de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de inversión para los dos meses previos.
- Copias de todos los talonarios/declaraciones/cheques de Seguridad Social, pensión, invalidez, indemnización por accidentes laborales, desempleo o documentación de otras fuentes de ingresos.
- Verificación de pensión alimenticia o manutención infantil.
- Si no tiene ingresos u otra persona paga sus gastos diarios, usted debe explicarlo en la pregunta de la solicitud: **“Si no se mencionan ingresos”**.
- Copias de todas las facturas médicas de VHS pendientes para que los Consejeros Financieros de VHS puedan incluir toda la deuda médica de VHS pendiente.
- Si aplica para Asistencia Financiera Catastrófica: Prueba de residencia dentro de las áreas de servicio primarias o secundarias de VHS y todas las facturas médicas pendientes de los prestadores sanitarios de Valley Health y de los que no son de Valley Health incurridas desde el inicio de la lesión o enfermedad.
- Si la Verificación de Activos se requiere (vea la sección de **ACTIVOS de la solicitud**), incluye las declaraciones más recientes u otra documentación:** Cuentas de Ahorros, Corrientes, de IRA u otras cuentas de retiro. Valor de acciones, bonos, mercados monetarios, etc. Se recomienda que redacte cualquier número de cuenta que se referencia en tal documentación.

**SE PUEDE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PODER COMPLETAR EL PROCESO DE SU SOLICITUD Y TODA LA INFORMACIÓN BRINDADA ES SUJETA A VERIFICACIÓN.**

**“Este es un intento para cobrar una deuda y cualquier información obtenida será usada para tal propósito”**



## **RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO (PLS)**

Este Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS, por sus siglas en inglés), incluyendo la siguiente sección de “**CÓMO SOLICITAR**”, brinda una breve visión general de la Póliza de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Valley Health System (VHS) y notificación de disponibilidad de Asistencia Financiera de VHS, anteriormente llamado “Atención de Caridad”, y los servicios de Consejería Financiera de VHS. La FAP completa brinda una descripción detallada de la disponibilidad, prestadores y ubicaciones para los cuales esta póliza aplica, y las reglas que gobiernan la disponibilidad de la FAP y los servicios de Consejería Financiera. La FAP completa está disponible en línea gratuitamente en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. Copias en papel de la FAP se pueden obtener gratuitamente al contactar al Departamento de Consejería Financiera por teléfono, correo electrónico o en persona, como se especifica a continuación bajo “**CÓMO SOLICITAR**”. Las traducciones están disponibles en los idiomas que son prevalentes en las comunidades que VHS sirve.

Valley Health ofrece servicios de Consejería Financiera para ayudar a los pacientes de VHS y a sus miembros de familia u otras personas financieramente responsables (“garantes”) de las facturas de los pacientes de Valley Health que están preocupados por su capacidad de pagar los servicios médicos brindados por VHS para identificar los medios para cubrir el costo de la atención médicamente necesaria. VHS ofrece un Programa de Asistencia Financiera para asistir a aquellos que son verdaderamente incapaces de pagar la atención de emergencia o médicamente necesaria. Los Consejeros Financieros sirven como guías para los pacientes y garantes (colectivamente denominados como “pacientes” en lo que resta de esta póliza) que necesitan de asistencia. Los Consejeros Financieros están disponibles para responder preguntas, trabajar con los pacientes y cuidadores para identificar los programas que son más apropiados para las necesidades y capacidad de pago de cada paciente, para asistir en el proceso de Solicitud para Asistencia Financiera, para asistir con la solicitud, inscripción, incluyendo la derivación a varios programas de asistencia o de seguro del gobierno que podrían ser apropiados para las necesidades de los pacientes, así como para establecer planes de pago dentro de las pautas de VHS para aquellos que no califican para la Asistencia Financiera o a cualquier otro programa y aquellos que tienen una responsabilidad financiera después de la revisión de la FAP. La Asistencia Financiera es la opción de financiamiento de última instancia. Como tal, se espera que los candidatos a la Asistencia Financiera cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquiera de los programas locales, estatales o federales que cubrirían el costo de la misma atención médica, incluyendo los programas de salud del viajero o cualquier programa organizacional, como los administrados por gobiernos extranjeros u organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas. Se recomienda firmemente que los pacientes y cuidadores preocupados por su capacidad de pagar por los servicios médicamente necesarios contacten a los Consejeros Financieros de VHS a la primera oportunidad, incluyendo antes de los futuros y esperados servicios médicamente necesarios, para que la Asistencia Financiera u otros programas de asistencia se pueda disponer para cubrir la mayor cantidad de atención posible y evitar la innecesaria facturación de pago propio y actividad de recolección.

**Tipos de Asistencia Financiera Disponible:** Para los pacientes y garantes que no son aptos para la Asistencia Médica u otros programas de asistencia, la Asistencia Financiera está disponible y se basa por lo general en los ingresos familiares. Un descuento del 100 % por Asistencia Financiera está disponible para los pacientes/garantes que tienen un ingreso familiar combinado de hasta el 200 % del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés). Para las familias con ingresos por encima de 300 % hasta 500 % de FPL con la deuda médica que excede los \$25 000, la Asistencia Financiera Catastrófica descuenta la deuda médica límite al 30 % de los ingresos o las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) que se facturan a las personas aseguradas, lo que sea menos. Lea el FAP completo y la explicación de cómo las AGB y los descuentos parciales se calculan, así como la tasa actual de las AGB. Lea el FAP completo y la explicación de cómo las AGB y los descuentos parciales se calculan. Las adjudicaciones de Asistencia Financiera pueden reducirse si existen bienes significativos, como se describe en el FAP completo, que estén disponibles para ayudar a cubrir los costos de la atención médica.

Todos los ciudadanos de Estados Unidos, los residentes permanentes de EE. UU. y las personas que tiene la intención de quedarse en los EE. UU. como residentes permanentes reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera. Los pacientes/garantes que no tienen la intención de residir permanentemente en los EE. UU., o están en los EE. UU. con una visa de estudiante o de turista no reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera de VHS. Sin importar el estado de residencia, se espera que todos los pacientes cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquiera de los programas locales, estatales (cualquiera de los programas estatales idóneos, ya sea el

estado donde se ubica el paciente actualmente o su residencia permanente) o federales que cubrirían el costo de la misma atención médica, incluyendo los programas de salud del viajero o cualquier programa organizacional, como los administrados por gobiernos extranjeros u organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas.



*Healthier, together.*

## CÓMO SOLICITAR:

Se motiva a los pacientes y cuidadores contactar a:

- Consejeros Financieros de VHS por **teléfono al 866-414-4576**, o **por correo electrónico: [PBDValleyHealth@ensemblehp.com](mailto:PBDValleyHealth@ensemblehp.com)** a la primera oportunidad posible.
- La Solicitud de Asistencia Financiera de VHS se puede encontrar en línea en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. Copias en papel de la Solicitud de Asistencia Financiera también se hallan sin costo alguno en los puestos de inscripción de VHS en cada hospital y Servicio de Urgencias de VHS, por escrito a la dirección a continuación, o llamando a los Consejeros Financieros de VHS al número de arriba. La correspondencia, incluyendo las peticiones de asistencia de Consejería Financiera, Asistencia Financiera, Solicitudes de Asistencia Financiera completas y la documentación complementaria pueden enviarse por escrito a:

**Financial Counseling Dept.  
Valley Health System  
P.O. Box 3340  
Winchester, VA 22604**

La asistencia de **Consejería Financiera en persona**, incluyendo la ayuda con las solicitudes y preguntas de facturación, está disponible de 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a viernes, excepto feriados, en nuestro **Centro de Servicio al Cliente** ubicado en la Suite 100 del Edificio de Apoyo al Sistema (SSB, por sus siglas en inglés) de VHS directamente del vestíbulo principal:

**Centro de Servicio al Cliente  
220 Campus Blvd, Suite 100  
Winchester, VA 22601**

Todas las otras ubicaciones de Consejería Financiera en persona en otras instalaciones de Valley Health System permanecen cerradas en este momento debido a la Pandemia por la COVID-19. El Centro de Servicio al Cliente en el SSB ha sido construido para permitir un mayor distanciamiento, incluyendo particiones de vidrio y otras precauciones para promover la seguridad de nuestros visitantes y empleados. Otras ubicaciones en persona se reabrirán si las circunstancias lo permiten.

Fin del Resumen en Lenguaje Sencillo.

**DEVOLVER LA SOLICITUD**

**A:**

P.O. Box 3340, Winchester, Virginia 22604 -2540

Q Fax a: 513-964-3190, Q por correo

electrónico a [PBDValleyHealth@ensemblehp.com](mailto:PBDValleyHealth@ensemblehp.com)

Teléfono # 866-414-4576

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de Cuenta o Garante de su Factura de Valley Health: \_\_\_\_\_

**Garante**

**Cogarante/Cónyuge**

Si solicita Asistencia Financiera para un hijo dependiente menor de 21 años, se requiere información de ambos padres.								
Primer Nombre			Segunda Inicial			Apellido		
Primer Nombre			Segunda Inicial			Apellido		
Primer Nombre			Segunda Inicial			Apellido		
# de Seg. Soc.	Fecha de Nacimiento	# de Hijos Dependientes (Que viven en casa) y Edades	# de Seg. Soc.	Fecha de Nacimiento	# de Hijos Dependientes (Que viven en casa) y Edades			
<input type="checkbox"/> Casado (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado – ¿cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> No casado (incluye soltero, divorciado, viudo)			<input type="checkbox"/> Casado (legalmente) <input type="checkbox"/> Separado – ¿cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> No casado (incluye soltero, divorciado, viudo)					
Lista de todos los miembros del hogar, incluyendo al Garante, Cogarante, niños menores y otros dependientes legales. Adjunte una hoja separada si es necesario.								
Nombre	Fecha de Nacimiento	SSN	¿Empleado?	Relación con el Garante				
_____	/ / - -	- -	S / N	_____				
_____	/ / - -	- -	S / N	_____				
_____	/ / - -	- -	S / N	_____				
_____	/ / - -	- -	S / N	_____				
_____	/ / - -	- -	S / N	_____				
Dirección Actual _____			Dirección Actual _____					
Teléfono ( ) _____			Teléfono ( ) _____					
Cuánto Tiempo: años _____ meses _____			Cuánto Tiempo: años _____ meses _____					
<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Posee <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Vive con padres/familia/amigo			<input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Posee <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Vive con padres/familia/amigo					
Nombre y Dirección de Empleador _____			Nombre y Dirección de Empleador _____					
Teléfono: _____			Teléfono: _____					
Fecha de Contratación: _____			Fecha de Contratación: _____					
Cuánto Tiempo __ años __ meses	Posición	Ingresos Mensuales Brutos	Cuánto Tiempo __ años __ meses	Posición	Ingresos Mensuales Brutos			
Otros Ingresos \$	Fuente		Otros Ingresos \$	Fuente				
Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____			Pariente más cercano que no vive con usted: Relación: _____					
Nombre _____			Nombre _____					
Dirección _____			Dirección _____					
Teléfono: ( ) _____			Teléfono: ( ) _____					

**INFORMACIÓN DE EMPLEO, INGRESOS Y ACTIVOS:**  
Solicitud

Si no tiene empleo/ingresos, cuándo fue su último día de empleo (propio) \_\_\_\_\_  
(cónyuge) \_\_\_\_\_

¿Está usted o su cónyuge recibiendo beneficios por desempleo? Sí \_\_\_/ No \_\_\_

Si es así, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_ (adjunte copia de su Historia de Pago de Beneficios de la Comisión de Empleo)

¿Recibió su hogar dinero de cualquier otro lugar? Sí \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

Si es así, de dónde \_\_\_\_\_ cuánto por mes \$ . \_\_\_\_\_

Si no hay ingresos incluidos, ¿EXPLIQUE cómo está pagando sus gastos?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si alguien más está pagando sus gastos, mencione quién y su relación:  
\_\_\_\_\_

Está usted declarado en los Impuestos de alguien más: Sí \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_. Si es así, quién (nombre y relación): \_\_\_\_\_

¿Declaró USTED Impuestos sobre la Renta en el año más reciente? Sí \_\_\_/ No \_\_\_\_.

SI DECLARÓ IMPUESTOS SOBRE LA RENTA: ¿Cuántos dependientes/exenciones declaró en la Declaración de Impuestos del último año? (inclúyase a usted mismo, esposa, niños) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Habrá un cambio en el número de dependientes/exenciones declaradas en la declaración de impuestos de este año, si es así explique los cambios.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**

I. Mencione todos los préstamos, tarjetas de crédito, etc. (adjunte una página adicional si es necesario)

A Quién se le Adeuda	Pago Mensual	Saldo Presente	Actual: S/N?
1. Renta / Hipoteca:			
2. Préstamo Vehicular:			
3.			
4.			
5.			

**II. Gastos Mensuales del Hogar**

<b>Gasto</b>	<b>\$ Mensuales</b>	<b>Gasto</b>	<b>\$ Mensuales</b>
Comida		Electricidad	
Gastos de Automóvil/Transporte		Agua	
Seguro Vehicular		Teléfono (Fijo y Celular)	
Seguro de Salud		Gas (Calefacción/Propano)	
Seguro de Vida		Cable	
Seguro de los Dueños del Hogar (si no está incluido en la Hipoteca o Pago de Renta)		Medicina	
Otro (Explique)		Otro (Explique)	

TODA LA INFORMACIÓN ENVIADA ES CONFIDENCIAL

**OTROS INGRESOS**

**Enumere todas las fuentes de ingresos para el Garante y Cogarante/Cónyuge y otros miembros de familia. Recibos por pago de sueldos y salarios, declaraciones u otra documentación complementaria se requiere para cada fuente de ingresos**

<b>Fuente/Descripción</b>	<b>Ingresos Mensuales Promedio</b>	<b>Pagado por</b>	<b>Pagado a</b>
1. Ingresos Primarios del Garante (sueldos de empleado o ingresos de autoempleo)			
2. Ingresos Secundarios del Garante (sueldos de empleado o ingresos de autoempleo)			
3. Ingresos Primarios del Cogarante (sueldos de empleado o ingresos de autoempleo)			
4. Ingresos Secundarios del Cogarante (sueldos de empleado o ingresos de autoempleo)			
5. Otros ingresos de miembro de familia Responsable (sueldos de empleado o autoempleo)			
6. Beneficios de Seguro Social			
7. Beneficios de Ferroviario o Veteranos			
8. Ingresos por Dividendos o Intereses mayores a \$10/mes			
9. Pensión alimenticia y manutención infantil			
10 Beneficios de Desempleo y de Indemnización por Accidente Laboral			
11. Otros Ingresos (Describa)			
12. Otros Ingresos (Describa)			

**ACTIVOS**

Si debe o espera deber a Valley Health \$500 o más en gastos médicos, revise la Póliza de Asistencia Financiera de Valley Health para una explicación referente a cuál y a qué nivel los activos pueden ser considerados recuperables como parte del Cálculo de Asistencia Financiera de VH. Una copia de la declaración de cuenta más reciente se requerirá para cada cuenta mencionada.

**III.** Si usted debe o espera deber a Valley Health \$500 o más en gastos médicos, mencione todo el efectivo que tiene y el valor de cualquier cuenta corriente y de ahorros de la que sea propietario o copropietario el garante o cogarante y disponible para el uso personal y beneficio del garante o cogarante.

Tipo de Cuenta / Institución	Tiene Usted:	Propietario (Gar/Cogar)	¿Propiedad conjunta?
1. Efectivo a la mano	\$_____.		
2. Cuentas Corrientes	<b>SÍ o NO</b> Si es Sí, brinde las declaraciones		
3. Cuentas de Ahorros	<b>SÍ o NO</b> Si es Sí, brinde las declaraciones		
4. Otras cuentas disponibles	<b>SÍ o NO</b> Si es Sí, brinde las declaraciones		

**IV.** Para los solicitantes con una deuda médica pendiente combinada de Valley Health que exceda los:

- \$10 000.00 pero menos que \$25 000.00, enumere el valor presente de cualquier acción, bono u otro instrumento de inversión que estén bajo el control de y disponible para el uso y beneficio personal del garante, excluyendo cualquier cuenta designada como cuenta de retiro bajo las reglas de la IRS.
- \$25 000.00, enumere el valor presente de todos 401K,403B, IRA, Roth IRA, u otros planes de ahorro de retiro designado por la IRS. No enumere números de cuenta. **NO INCLUYA** cuentas de Ahorro para Universidad. Si se necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada con su nombre u números de Cuenta de Valley Health.
- No enumere números de cuenta y redacte números de cuenta de cualquier declaración que envíe con esta aplicación.

Descripción, Tipo de Cuenta de Retiro y propietario	Valor de Mercado Actual (Último valor de declaración es suficiente)



V. Para los solicitantes con una deuda médica pendiente combinada de Valley Health que exceda los \$25 000.00, enumere todas las propiedades incluyendo su residencia primaria, segundo hogar, otras casas, alquiler, inversión y otra propiedad real de la que el garante o cogarante sea propietario.

Dirección	Hogar, Negocio, tierra baldía u otro (describa)	Precio de Compra	Fecha de Compra	Hipotecas Pendientes, Líneas de Crédito, Gravámenes	Último Valor Tasado	Fecha de Última Tasación	Patrimonio o Actual Estimado
Residencia Primaria							

**Incluya una hoja separa para incluir cualquier información adicional que crea que es pertinente para la revisión de la solicitud.**

El abajo firmante certifica que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas y Valley Health o sus cesionarios pueden basarse en ellas y se han hecho para inducir a VH o sus cesionarios a extender crédito o asistencia financiera. El abajo firmante autoriza a VH o sus cesionarios a investigar su crédito, verificar su historia de empleo y divulgar información sobre la experiencia crediticia de VH o sus cesionarios con él. Toda la información brindada en esta solicitud es sujeta a verificación a la discreción de VHS.

Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cogarante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CASE NAME \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

I authorize the following information to be released to Alysha Clark, Shannon Nuckles, Chelsea Manley, Teresa Moffatt, Pam Runion and employees of Valley Health:

Verification that a Medicaid application has been filed  
Copy of Needs list  
Notice of Action.

I \_\_\_\_\_, am signing this form

FULL PRINTED NAME OF CONSENTING PERSON OR PERSONS

authorizing the release of this information.

The agency will not give information about you in its records without your authorization. By signing below, you give your authorization.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Client



CASO \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN**

Alysha Clark, Shannon Nuckles, Chelsea Manley, Teresa Moffatt, Pam Runion, **y empleados de Valley Health**, están autorizadas para recibir información acerca de:

Verificación de haber llenado una solicitud para Medicaid  
Copia de la Lista de Necesidades para Medicaid  
Notificación de la decisión tomada con respecto a mi solicitud para Medicaid o para SLH

YO \_\_\_\_\_, firmo este

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PERSONAS

documento para autorizar se haga entrega de esta información.

La agencia no dará información de su caso sin esta autorización. Al firmar este documento, usted da consentimiento para que la información sea divulgada.

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

