integritas

2024 Política de Apoyo Económico por Dificultades Económicas

Propósito:

Integritas ha establecido esta política con el fin de mantener consistencia en el apoyo que ofrece la empresa a los pacientes indigentes quienes piden un descuento o anulación de ciertas deudas médicas y/o montos de copago.

Esta política resume las políticas y procedimientos de Integritas en cuanto al proceso de aplicación y aprobación para pacientes quienes no son capaces de pagar sus deudas médicas. Integritas tomará en cuenta las circunstancias económicas del aplicante y aplicará esta política con consistencia.

Si la aplicación es aprobada, Integritas puede elegir descontar o anular ciertas cuotas profesionales debidas por pacientes sin seguro médico o sin suficiente seguro médico quienes pueden exitosamente demostrar que el pagar las deudas médicas puede causar dificultades económicas significantes.

Criterios para apoyo económico:

Integritas tomará en cuenta un rango de factores en decidir si el pagar en total las deudas médicas causará al aplicante o el fiador del aplicante dificultades económicas significantes. Para hacer la decisión de reducir en una escala de desplazamiento o anular ciertas cobranzas, Integritas revisará los ingresos de familia, los gastos domiciliares, y las deudas del aplicante. Verificación escrita, en ciertas circunstancias, puede ser requerida para sustentar y verificar la información que contiene la aplicación para apoyo económico.

Integritas revisa toda aplicación en combinación con las directrices federales de pobreza del año actual para asistir en determinar las calificaciones para el descuento o anulación. (Anexo A)

En el aplicar de estas directrices, Integritas también considerará y tomará en cuenta todo ingreso y gasto incluyendo dinero ganado por todos los integrantes del hogar. Se puede requerir verificación de ingresos y estatus de empleo, incluyendo las declaraciones de impuestos, recibos de sueldo, etc.

Integritas tomará en cuenta los siguientes factores:

1. Si el pago de las deudas médicas afectará a la capacidad del aplicante de pagar los siguientes gastos domiciliares:
    a. Comida y ropa;

    b. Alquiler o pagos de hipoteca;
    c. Otras necesidades básicas;
    d. Necesidades especiales (por una enfermedad o discapacidad seria)
2. Si el aplicante posee bienes, como carro o casa. Bienes también incluyen lo siguiente:
    a. Inversiones;
    b. Dinero en el banco;
    c. Efectivo en mano por gastos de corto plazo;
    d. Dinero designado por necesidades especiales;
    e. Reembolso de impuestos;
    f. Dinero debido al aplicante por otra persona.
3. La existencia y monto de otras deudas.

Proceso de Aplicación para Apoyo Económico

Una aplicación para apoyo económico para deudas médicas debe hacerse en acuerdo con la política de Integritas denominada “Política de Apoyo Económico”.

Todo aplicante puede pedir y llenar un formulario denominado “Formulario de Aplicación para Apoyo Económico”. Este formulario se puede hallar en la página Web de Integritas en Frequently Asked Questions – Integritas Providers. Se puede también pedir el formulario de Integritas llamando a (618) 833-1691. (Se pide que aplicantes devuelvan los formularios completos y toda documentación requerida a Integritas no más que 180 días después de la fecha de servicio).

Información Requerida:

Integritas requiere información independiente para apoyar declaraciones de dificultades económicas incluyendo verificación de gastos e ingresos. La información entregada será tratada con confidencialidad y sólo será revisada por empleados administrativos de Integritas quienes son involucrados con el procesamiento y revisión de información para el descuento o anulación de deudas médicas.

Plazo de Tiempo:

Una vez que se recibe una aplicación y información de verificación, Integritas considerará la situación económica global del aplicante y tomará una decisión. Todas decisiones serán tomadas no más que 10 días laborales después del recibo y revisión de toda la información requerida. Todas determinaciones son hechas en aliñamiento con las directrices de apoyo económico y son discrecionales y en la determinación única de Integritas.

Aplicantes recibirán una carta de notificación delineando si la aplicación ha sido aprobada o rechazada. Si la petición de un aplicante para descuento o anulación es rechazada, Integritas proveerá al aplicante con un aviso escrito de la determinación. Si la situación económica del aplicante cambia de manera significante, el paciente o la persona que se designa puede reaplicar.

La administración de Integritas mantendrá toda documentación relacionada al proceso de aplicación para el descuento o anulación confidencial. Esta documentación incluirá toda documentación de apoyo incluyendo la petición de apoyo económico y todo documento provisto en apoyo a la petición.

La verificación de calificación continua para apoyo económico se puede hacer en cualquier momento a la discreción de Integritas o por la petición del aplicante.

Favor de llenar la aplicación y declaración económica adjuntada. ¡Su petición no se puede procesar a menos que se les llena por completo la aplicación y la declaración económica!

Apoyo Económico – Anexo A

2024 Pautas de Pobreza: 48 Estados Contiguos (todos los estados menos Alaska y Hawaii)

Familia en domicilio	50%	100%	125%	150%	175%	200%
1	7,530.00	15,060.00	18,825.00	22,590.00	26,355.00	30,120.00
2	10,220.00	20,440.00	25,550.00	30,660.00	35,770.00	40,880.00
3	12,910.00	25,820.00	32,275.00	38,730.00	45,185.00	51,640.00
4	15,600.00	31,200.00	39,000.00	46,800.00	54,600.00	62,400.00
5	18,290.00	36,580.00	45,725.00	54,870.00	64,015.00	73,160.00
6	20,980.00	41,960.00	52,450.00	62,940.00	73,430.00	83,920.00
7	23,670.00	47,340.00	59,175.00	71,010.00	82,845.00	94,680.00
8	26,360.00	52,720.00	65,900.00	79,080.00	92,260.00	105,440.00
9	29,050.00	58,100.00	72,625.00	87,150.00	101,675.00	116,200.00
10	31,740.00	63,480.00	79,350.00	95,220.00	111,090.00	126,960.00
11	34,430.00	68,860.00	86,075.00	103,290.00	120,505.00	137,720.00
12	37,120.00	74,240.00	92,800.00	111,360.00	129,920.00	148,480.00
13	39,810.00	79,620.00	99,525.00	119,430.00	139,335.00	159,240.00
14	42,500.00	85,000.00	106,250.00	127,500.00	148,750.00	170,000.00

Estas figuras son de las pautas de pobreza para el año 2024 de Los Servicios Humanos y de Salud.
(Fuente: *https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines*)

Aplicación para Apoyo Económico

Favor de llenar la aplicación y la declaración económica adjuntada. Favor de volver todos formularios y documentación requerida (en persona, por correo electrónico, por fax o por correo) a Integritas, 2250 N. Illinois Ave., Carbondale, IL 62901. Fax: 618-861-5302. Si tiene usted preguntas acerca de la aplicación, favor de comunicarse con Integritas llamando a (618) 833-1691.

Toda información con relación de las peticiones por apoyo económico será mantenida en confidencia.

Nombre de paciente:					
Número(s) de cuenta(s):					
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:				F/N:	
Número de Seguro Social:				Fecha de Servicio:	
Nombre de persona que llena este formulario (si distinto al paciente):					
				Teléfono:	
Relación con paciente:					
Número de integrantes del hogar (<u>incluyendo al paciente</u>):					
¿Tiene usted seguro médico? ¿Medicare? ¿Medicaid?				Sí	No
Si usted respondió *sí*, ¿qué seguro tiene?:					
Si usted respondió *no*, explique por qué:					
	Marque aquí si usted está desempleado.			¿Por cuánto tiempo?:	
¿Recibe usted beneficios de desempleo?				Sí	No
	Marque aquí si usted recibe beneficios de Seguro Social.			¿Por cuánto tiempo?:	
	Marque aquí si usted recibe food stamps u otra asistencia monetaria.				
¿Qué tipo?:					
	Marque aquí si usted recibe beneficios de discapacidad.			¿Por cuánto tiempo?:	
¿Entregaste una Declaración de Impuestos Federales el año pasado?				Sí	No
¿Entregarás una Declaración de Impuestos Federales el año actual?				Sí	No
FAVOR DE ALISTAR TODOS LOS EMPLEADORES ACTUALES:					
Empleador 1:					
Empleador 2:					

Aplicación para Apoyo Económico (continuada)

Favor de proveer documentación de prueba de necesidad económica. Documentación apropiada incluye lo siguiente:

1) Prueba documentada que el paciente se encuentre al o debajo del nivel federal de pobreza. Documentos deben de incluir lo siguiente:

- Declaraciones de impuestos federales de los últimos dos años (formulario 1040 firmado).
- Recibos de sueldo por los últimos 90 días por todas las personas quienes se radican en el hogar.
- Carta de Seguridad Social o Discapacidad del año actual con montos de beneficios.
- Recibos de pago de desempleo por los últimos 90 días.
- Prueba de todo ingreso recibido en los últimos 90 días.
- Formularios de aplicación de Medicaid u otro programa de asistencia médica del Estado.

2) Prueba que el paciente tiene otras circunstancias que indican necesidad económica. Estas pueden ser situaciones como lo siguiente:

- Prueba de toda deuda o recibos sin pagar (con copias de recibos, declaraciones, noticias de morosidad, etc.)
- Prueba de acuerdo de bancarrota (si aplica).
- Situaciones catastróficas (muerte o discapacidad en la familia, divorcio) *o otra documentación que demuestra que el paciente sería incapaz de pagar las deudas médicas y aún pagar las necesidades básicas.*

3) Favor de describir las circunstancias indigentes del paciente (favor de adjuntar documentación adicional si es necesario):

_____

MONTHLY HOUSEHOLD INCOME & SOURCE

	Paciente	Esposo/a/Padres	Dependientes
Sueldo mensual (Bruto)	$_____	$_____	$_____
Beneficios de Asistencia Pública	$_____	$_____	$_____
Beneficios de Desempleo	$_____	$_____	$_____
Beneficios de Discapacidad	$_____	$_____	$_____
Beneficios de Seguro Social	$_____	$_____	$_____
Compensación Laboral	$_____	$_____	$_____
Manutención de los hijos	$_____	$_____	$_____
Food Stamps	$_____	$_____	$_____
Otro (Pensión alimenticia, etc.)	$_____	$_____	$_____
Subtotal:	$_____	$_____	$_____

INGRESO DOMESTICO MENSUAL TOTAL $_____

Yo confirmo que la información presentada aquí es cierto y correcto. Autorizo a Integritas a verificar que la información contenida en este documento sea cierta únicamente con el propósito de asesorar la necesidad económica que presento.

_____ ____/_____/_____

Firma de Persona que presenta la petición Fecha

_____

Nombre de Persona que presenta la petición

Nota: Si no se recibe toda la documentación pedida, incluyendo la declaración firmada de impuestos federales más reciente y la prueba de ingresos por cada integrante del hogar, la aplicación será rechazada.