



Open Door Health  
7 Central St.  
Providence, RI 02907  
Phone: (401) 648-4700  
Fax: (833) 905-2260

## Resumen de la Aplicación de Ayuda por Dificultades Financieras

Estimada Clientela de Open Door Health:

Esta aplicación le provee la oportunidad para compartir cualquier dificultad financiera que no le permita pagar el deducible, coaseguro, u obligaciones de copago bajo su póliza de seguro (o la falta de una póliza) en conexión con los servicios médicos ofrecidos por Open Door Health. Por favor denos toda la información posible requerida en este documento. Esta información nos ayudará a determinar el nivel de descuento que podemos ofrecerle.

Después de completar la aplicación (por favor escriba legiblemente), firme, escriba la fecha, y adjunte documentos de todas las personas en su hogar. Los aplicantes deber proveer al menos uno de los siguientes documentos:

- W-2 más reciente, 1099 o IRS declaración de impuestos (1040EZ, etc.);
- Un talón de pago recibido en los últimos 90 días;
- Una carta firmada de su empleador que declara sus ingresos;
- Declaración de auto distribución para propietarios de negocios que declara cuánto gana normalmente en un mes o en un año;
- Talón de cheque de incapacidad o de desempleo por 90 días y/o una carta detallando los beneficios de desempleo de su oficina estatal de desempleo;
- Declaración de ingresos militares;
- Pruebas de todos sus otros ingresos (SSI, SSDI, pensiones, etc.);
- Pruebas de sus gastos mensuales (pagos de renta, carro, recibos de seguro, etc.);
- Aplicaciones y/o declaraciones de asistencia gubernamental y/o otra asistencia;
- Carta notariada declarando que usted no tiene otra fuente de ingreso, firmada por usted (muchos bancos notarizan gratuitamente);
- Simulado de ingreso bruto ajustado modificado si ninguna de las anteriores aplica (pide la ayuda de nosotros si esta opción es requerida)
- **\*\*Estado de cuentas del banco no cuentan como prueba de ingreso. \*\***

documentos requeridos, o si altera alguna provisión de la aplicación, su petición de ayuda económica será rechazada. Puede presentar sus documentos pendientes hasta un mes después la fecha del rechazo para

Por favor presente la aplicación (con los documentos indicados) a la dirección indicada en la parte inferior de la aplicación. Esperamos poder ayudarle.

*NOTA: Tiene que informarnos inmediatamente de cualquier cambio en su situación financiera.*

### Recertificación por Dificultades Financieras

Puede aplicar de nuevo 30 días antes de la fecha de expiración en su carta de aprobación y no más de 30 días después. Si no aplica o no califica de nuevo después de la fecha de expiración resultará en la pérdida de beneficios por dificultades financieras. Todos los deducibles, coaseguro, y copago después de esa fecha serán cobrados bajo los procedimientos estándares de Open Door Health.

### DEFINICIONES

**Hogar/Familia:** Un hogar (en esta aplicación) significa 2 personas o más que viven juntas y comparten sus finanzas. Esta definición no incluye compañeros de cuarto. Dividir la renta no califica como compartir finanzas.

**Pago Nominal:** Este es un pago a la clínica por servicios médicos. Este no es un copago, pero sirve como tal.

**Copago:** copago es un pago requerido por una compañía de seguro que el paciente tiene que pagar a la clínica por una cita o por un servicio. Si usted paga un copago, no tiene que pagar un pago nominal. Algunos seguros no permiten descuentos de copago.

**Pago autónomo:** Esto ocurre cuando una persona paga por su cuidado de salud por su propia cuenta (en otras palabras, el seguro no paga por los servicios).

## Guía de Pobreza del HHS

Las pautas de pobreza del 2020 están en efecto empezando el 15 de enero del 2020.

### Beneficios Públicos con Comprobación de Recursos

Beneficios Públicos con Comprobación de Recursos: Hasta la fecha, las agencias federales han determinado que los beneficios públicos federales con verificación de recursos incluyen cupones de alimentos (SNAP), Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP).

Beneficios públicos estatales con verificación de recursos: cada estado determinará cuáles de sus beneficios públicos, si alguno, se someten a verificación de recursos. Si un estado determina que tiene programas que cumplen con esta definición, se le recomienda notificar al público sobre qué programas están incluidos. Consulte con la oficina estatal de asistencia pública para determinar cuáles programas estatales de asistencia son beneficios públicos sujetos a verificación de recursos.

Programas excluidos: Estos programas federales y estatales **no están incluidos** en los beneficios con comprobación de recursos.

- Medicaid de emergencia;
- Ayuda de emergencia no monetaria a corto plazo;
- Servicios provistos bajo las Leyes Nacionales de Almuerzos Escolares y Nutrición Infantil; Inmunizaciones, pruebas y tratamiento de enfermedades transmisibles;
- Asistencia para estudiantes en virtud de la ley de educación superior y la ley de servicios de salud pública; Ciertas formas de cuidado de crianza temporal o asistencia de adopción bajo la ley del seguro social; Programas Head Start;
- Programas con verificación de ingresos bajo la ley de educación primaria y secundaria; y programas de la ley de asociaciones de capacitación laboral.

## Tabla de Descuentos de Tarifas Variables Basados en las Guías de Federales de Niveles de Pobreza

Tarifas de descuentos variables basados en la guías federales de pobreza			
INGRESO (basado en los rangos federales de pobreza de 2020 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia)			
% de los niveles de pobreza federales	Cargos Nominales de la Escala Móvil de Tarifas	Cargos nominales de la escala móvil de tarifas de ODH Ryan White	Cargo máximo por año calendario para pacientes elegibles de Ryan White
0 – 100%	\$0	\$0	\$0, No cargos
101 – 125%	\$10	\$10	5% del ingreso anual
126 - 150%	\$15	\$15	5% del ingreso anual
151 - 175%	\$20	\$20	5% del ingreso anual
176 - 200%	\$25	\$25	5% del ingreso anual
200 – 300%	N/A	N/A	7% del ingreso anual
300%+	N/A	N/A	10% del ingreso anual

## Aplicación Para Ayuda Financiera y Escala Móvil de Tarifas

**Open Door Health (ODH)** está dedicada a proveer atención médica de alta calidad a todos nuestros clientes sin tomar en cuenta sus ingresos o su habilidad de pagar. Por favor complete esta información para que ODH pueda determinar su elegibilidad para recibir descuentos. Para seguir siendo elegible, se requiere la renovación de su aplicación de ayuda financiera cada seis meses y que provenga una prueba de ingresos actualizada.

**Nombre legal:** \_\_\_\_\_ **Nombre Preferido:** \_\_\_\_\_ **Apellido legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos (opcional):** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono Primario:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono Secundario:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro médico comercial, Medicaid, o Medicare?**  Sí  No  No sé

**¿Cuánto es su deducible anual?** \_\_\_\_\_  Mi seguro no tiene deducible  No sé

### HOGAR

Un "hogar" incluye hijos legales, una pareja (casada, de unión civil, o pareja civil), dependientes legales, y miembros de familia sin relación legal o sanguínea que están apoyados por lo que están apoyando a un miembro de la familia y que viven en la misma residencia. Por favor escriba el/los nombre(s) de los individuos en su hogar y su relación con usted. Use el otro lado de este formulario si necesita espacio adicional.

Nombres de Miembros de su Hogar	Relación con usted
<b>Número TOTAL de las personas en su hogar:</b>	

### INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Para calificar, necesita presentar pruebas de los ingresos brutos (antes de los impuestos) de su hogar. Los ingresos brutos incluyen salarios, beneficios de desempleo, beneficios de discapacidad o del seguro social, inversiones financieras, y de las otras fuentes de ingresos que apoyan a su hogar. Por favor indique los ingresos que usted y otros miembros de su hogar recibieron de cada fuente.

Fuente de Ingreso	Yo	Pareja	Otro miembro del hogar	Total
Salarios brutos, propinas, etc.				
Seguro Social (SSI/SSDI)				
Beneficios de Desempleo				
Ingresos de inversiones				
Otra				
<b>Ingresos Totales:</b>				

## Atestación de Dificultad Financiera

**Y para que así conste, firmo la presente declaración responsable:**

- He leído este formulario y certifico que toda la información proporcionada arriba es correcta y completa a la fecha de esta aplicación.
- Reconozco que la información requerida en este documento ha sido proporcionada para evaluar si califico para el Programa de Dificultad Financiera y en consecuencia si debería ser responsable de pagar los deducibles, coaseguro, y copago bajo mi póliza de seguro.
- Reconozco que si no entrego documentos que demuestran mis fuentes de ingreso antes de mi tercera visita o antes de que pasen 60 días, seré responsable para el costo completo de mi visita.
- Notificaré a Open Door Health inmediatamente y por escrito si: mi situación financiera (como lo demuestra cualquiera de los documentos anteriores) cambia de cualquiera manera o si obtengo una póliza de seguro médico. Si hay algún cambio, mi calificación será reevaluada. Además, entiendo que el Programa de Dificultad Financiera dura seis (6) meses y necesito aplicar y calificar de nuevo por lo menos cada seis (6) meses a menos de que me instruyan de otra manera.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de Guardián (si aplica): \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVÍE ESTA APLICACIÓN A:**

**Open Door Health**

ATTN: Financial Services Team

7 Central Street

Providence, RI 02907

Para hablar con alguien en la Oficina de Dificultad Financiera de Open Door Health por favor llame al:  
401-648-4700

### For Internal Use Only

**Number in household:** \_\_\_\_\_ **Annualized Income:** \_\_\_\_\_

**ODH SFS Program Eligibility**

- 0-100% FPL (\$0)
- 101-125% FPL (\$10)
- 126-150% FPL (\$15)
- 151-175% FPL (\$20)
- 176-200% FPL (\$25)
- >200% (Full fee, not eligible)

**Reviewed By:** \_\_\_\_\_

**Effective Date:** \_\_\_\_\_

**Termination Date:** \_\_\_\_\_