



Resumen en lenguaje sencillo: Política de asistencia financiera (FAP)

La Política de asistencia financiera de HMH Carrier Clinic existe para brindar a los pacientes atención médica de emergencia o médicamente necesaria con un descuento parcial o total, de acuerdo con los recursos del paciente y de la familia. Los pacientes que solicitan asistencia financiera deben completar el formulario de Solicitud de asistencia financiera (FAP) que se resume a continuación y al que pueden acceder de la siguiente manera.

Pacientes y Servicios elegibles

Los servicios elegibles incluirán a todos los servicios médicamente necesarios proporcionados por HMH Carrier Clinic. Los pacientes elegibles incluyen a todos los pacientes que presentan el formulario de Solicitud de asistencia financiera (incluida la documentación requerida) y a quienes se consideran que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera.

La calificación para recibir asistencia financiera se determina al revisar la solicitud presentada y la documentación financiera de respaldo.

Cómo presentar una solicitud

Para solicitar asistencia financiera, se debe completar la solicitud en formato de papel. Para acceder de forma gratuita a la solicitud en formato de papel, se puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos:

- **Por correo:** Puede escribir a la siguiente dirección y solicitar una copia de la Solicitud de asistencia financiera: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, Attn: Patient Financial Services
- **En persona:** Edificio de Administración (Departamento de Servicios Financieros para Pacientes); 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.)
- **Por teléfono:** Para comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, llame al 908-281-1522.
- **Sitio web:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>.

Al completar la solicitud, puede enviarla a Servicios Financieros para Pacientes, a la siguiente dirección: 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502.

Idiomas disponibles:

La Política de asistencia financiera, la Política de facturación y cobranzas morosas, el Resumen en lenguaje sencillo, la Lista de proveedores elegibles y no elegibles, y la Solicitud de asistencia financiera están disponibles de forma gratuita en inglés y en el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya el menor del cinco por ciento (5 %) de 1000 individuos dentro del área de servicio primario atendida por HMH Carrier Clinic. Para obtener copias gratuitas de las traducciones, debe visitar el sitio web <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>.

Determinación de elegibilidad

Los pacientes que solicitan asistencia financiera pueden ser elegibles para que se les otorgue una reducción en los montos adeudados, de acuerdo con lo que se determine al revisar la información proporcionada en el formulario de Solicitud de asistencia financiera, lo que incluye la información de Recursos disponibles del grupo doméstico (AHR). AHR se refiere al total de los recursos financieros del grupo doméstico donde reside el paciente. Un paciente cuyos AHR sean del 100 % o menos que el nivel de las pautas federales de pobreza correspondientes, según el tamaño del grupo doméstico, puede ser elegible para que se le otorgue una reducción de hasta un 100 % del costo de los servicios médicos para los que califica. No se le cobrará a un paciente elegible por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios más que los Montos generalmente facturados (AGB) que se cobran a aquellos pacientes que tienen cobertura.

- Para obtener ayuda o asistencia, o bien si tiene preguntas, puede dirigirse al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.) que se encuentra en el edificio de Administración en 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, o llame al 908-281-1522.