



Aplicación de dificultades financieras del distrito de Fitch-Rona EMS

Fitch-Rona EMS puede reducir o eliminar la responsabilidad financiera del paciente por los servicios de transporte de EMS, cuando se le solicite, en un caso por caso en el que el paciente califica bajo nuestras pautas de dificultades financieras. La determinación de las dificultades financieras se basa en un porcentaje de las Directrices Federales de Pobreza establecidas en relación con los ingresos de los hogares.

- a. Para solicitar asistencia financiera, el paciente o la parte responsable deberá completar una Solicitud de Dificultad Financiera y enviar la información completa a Fitch-Rona EMS para la verificación de la información financiera.
- b. Fitch-Rona utilizará el 200% de las Directrices Nacionales de Pobreza más actuales para evaluar la posible exención de cargos. (<https://aspe.hhs.gov/>)
- c. Los pacientes que caen en, o por debajo de las pautas anteriores pueden tener hasta el 100% de sus tarifas de ambulancia exentas.
- d. Los planes de pago se pueden organizar para los cargos adeudados en base a una revisión de las circunstancias y la aprobación por parte del Jefe o designado del EMS.
- e. La determinación de las dificultades financieras se aplica únicamente al transporte actual del SME. Para renunciar o reducir los pagos futuros, el paciente debe probar de nuevo las dificultades.
- f. Las reducciones no se pueden aplicar a deducibles o copagos según lo determinado por el plan de seguro médico de un paciente.
- g. Los pacientes asegurados que optan por no presentar su reclamo consu compañía de seguros no son elegibles para nuestro programa de asistencia para dificultades financieras.

Las solicitudes completadas se pueden devolver a la oficina principal de Fitch-Rona EMS en la siguiente dirección, o por correo electrónico al Jefe de EMS en Patricka@fitchronaems.com

Fitch-Rona EMS District
ATTN: Patrick Anderson
101 Lincoln Street
Verona, WI 53593

Toda la información relacionada con las dificultades financieras se mantendrá confidencial en la mayor medida posible.

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Número de cuenta (si se conoce): _____

Número de incidente (si se conoce): _____

Fecha(s) de servicio: _____

Nombre y Relación de la Persona que completa esta Solicitud (si es diferente del paciente mencionado anteriormente)

Describa las circunstancias de las dificultades del paciente: _____

¿Número de miembros de la familia que viven en el hogar? _____

¿Ingresos Anuales del Hogar de todas las fuentes? _____

Por favor, enumere a los empleadores actuales:

Empleador: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Comprobar **aquí si está desempleado**. ¿Cuánto tiempo? _____

Al firmar a continuación, estoy confirmando que la información anterior es verdadera.

Firma

Fecha

Proporcione cualquier otro documento de apoyo que pueda tener para verificar los ingresos, como declaraciones de impuestos, talones de pago o confirmación de otra asistencia estatal.