

Se ofrecen servicios de traducción tanto en inglés como en español, de acuerdo con el umbral del 5 %/1000 personas establecido en la Guía de puerto seguro del HHS y la normativa final 501r.

*Llame al 570-522-4445 o visite [www.EvanHospital.com/charity-care](http://www.EvanHospital.com/charity-care) para obtener copias gratuitas de la Política de Ayuda Financiera de Evangelical, el formulario de solicitud y este resumen en inglés y español.*

*Las copias de nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en español.*



# Política de Ayuda Financiera



## Programa de Atención Caritativa Hospitalaria

Evangelical Community Hospital mantiene su firme compromiso de trabajar en colaboración con su comunidad para identificar, comprender y abordar las necesidades de atención médica de las comunidades a las que les brinda servicios. Evangelical ofrece atención efectiva y de alta calidad con un alto nivel constante de dignidad, respeto y habilidad a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Sus circunstancias financieras no afectarán la atención que reciba.

De acuerdo con las políticas de Evangelical, los pacientes que no tienen seguro o que, por dificultades financieras, no pueden pagar la atención de emergencia o medicamento necesaria, cumplen los requisitos para recibir atención con descuento o sin cargo. La ayuda financiera se puede solicitar en cualquier momento: antes, durante o después de la atención recibida.

### Los costos no superarán los importes generalmente facturados a Medicare

Si se le adjudica ayuda financiera en virtud de nuestra póliza, pero esta no cubre el 100 % de los gastos del servicio, no se le cobrará por la atención de urgencia ni por ninguna otra atención médicamente necesaria más que el importe generalmente facturado a los pacientes asegurados por Medicare.

### Cómo obtener información y ayuda sobre la política de ayuda financiera

Si necesita ayuda para pagar la atención médica, usted es responsable de solicitar ayuda financiera. Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Un asesor financiero está disponible para ayudarlo a completar la solicitud. En la solicitud, deberá proporcionar información financiera.

## Para solicitar ayuda financiera:

### En línea:

Visite el sitio web de Evangelical Community Hospital: [www.EvanHospital.com/charity-care](http://www.EvanHospital.com/charity-care).

El sitio web proporciona información sobre el programa e incluye un formulario de solicitud para imprimir. Una vez completado, debe enviar el formulario por correo a la siguiente dirección:

Evangelical Community Hospital  
Attention: Financial Counselor  
One Hospital Drive  
Lewisburg, PA 17837

*Se deben adjuntar a la solicitud copias de la información financiera solicitada.*

**En persona:** Para programar una cita con un asesor financiero, llame al 570-522-4445.

**Por correo:** Comuníquese con el asesor financiero al 570-522-4445 y pida que le envíen una solicitud por correo.

**Por teléfono:** Comuníquese con el asesor financiero al 570-522-4445 y pida completar la solicitud oralmente. Es posible que sea necesario programar una cita. Luego, para completar el proceso de solicitud, los pacientes deben enviar la documentación exigida.

## Política General de Ayuda Financiera

Se proporciona ayuda financiera para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria con descuentos por escala móvil respecto a los cargos normales. Todos los solicitantes serán evaluados para determinar si tienen cobertura de Medicaid, y deberán colaborar con los representantes de Medicaid para calificar a fin de recibir ayuda conforme a la política de ayuda financiera de Evangelical. No se les cobrará a los solicitantes más que los montos generalmente facturados por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Si cumple los requisitos de nuestra política para recibir ayuda financiera, recibirá asistencia gratuita o con descuento de acuerdo con la siguiente escala móvil:

Pautas de ingresos que definen el nivel de pobreza 2024 del departamento de Salud y Servicios Humanos para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia							
ATENCIÓN GRATUITA (FPL del 100 %)		85 % de descuento (FPL del 125 %)		70 % de descuento (FPL del 150 %)		55 % de descuento (FPL del 200 %)	
GRUPO FAMILIAR	PAUTAS DE POBREZA 2024	MAYOR A	HASTA	MAYOR A	HASTA	MAYOR A	HASTA
1	\$15,060	\$15,060	\$18,825	\$18,825	\$22,590	\$22,590	\$30,120
2	\$20,440	\$20,440	\$25,550	\$25,550	\$30,660	\$30,660	\$40,880
3	\$25,820	\$25,820	\$32,275	\$32,275	\$38,730	\$38,730	\$51,640
4	\$31,200	\$31,200	\$39,000	\$39,000	\$46,800	\$46,800	\$62,400
5	\$36,580	\$36,580	\$45,725	\$45,725	\$54,870	\$54,870	\$73,160
6	\$41,960	\$41,960	\$52,450	\$52,450	\$62,940	\$62,940	\$83,920
7	\$47,340	\$47,340	\$59,175	\$59,175	\$71,010	\$71,010	\$94,680
8	\$52,720	\$52,720	\$65,900	\$65,900	\$79,080	\$79,080	\$105,440

AGREGUE \$5,380 POR CADA MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR