

**ASUNTO:** Póliza de Asistencia Financiera

**EXPEDIDO POR:** Administración

**PÓLIZA NO:** EXEC-P.2006

**FECHA REVISADA:** 8/30/2016

**FECHA EFECTIVA:** 9/26/2016

**REEMPLAZA:** Póliza con fecha 2/13/2015

*Aprobado por la Junta Directiva el 30 de Agosto del 2016*

---

## I. PROPÓSITO

De acuerdo con nuestra misión y valores, REHAB Hospital of the Pacific (“REHAB”) se compromete a brindar asistencia financiera a los pacientes que necesitan servicios de atención médica de rehabilitación necesarios desde el punto de vista médico y que no pueden pagar en función de su situación financiera individual. El propósito de esta política es establecer un proceso no discriminatorio, justo y uniforme para brindar asistencia financiera a dichos pacientes. Esta política no se aplica a:

- Servicios que no se consideran médicamente necesarios, como se describe en la Sección III.B. y
- Servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a REHAB que pueden tratar o brindar servicios a pacientes en ubicaciones de REHAB. El Anexo A de esta política enumera los proveedores que no pertenecen a REHAB que brindan servicios en las ubicaciones de REHAB.

Los términos de la póliza están sujetos a cambios en cualquier momento a discreción de REHAB.

## II. DEFINICIONES

A los efectos de esta política, los próximos términos se definen de la siguiente manera:

Cargos generales: La cantidad cobrada generalmente a los pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención médica necesaria. Los cargos se calculan en base al método prospectivo y se determinan en base a la cantidad combinada que se recibiría de Medicare y del beneficiario de Medicare por el servicio.

Familia: Un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si el paciente declara a una persona como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta de los EE. UU., se la puede considerar dependiente a los fines de esta política.

Ingresos familiares:

- Incluye ingresos (antes de impuestos) definidos como ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, seguro social, ingresos del seguro suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia fuera del hogar y otras fuentes misceláneas;

- Incluye los ingresos de todas las personas incluidas en la definición de “Familia”. Se excluyen los ingresos de los no familiares, como los compañeros de piso;
- Excluye los beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda); y
- Excluye ganancias o pérdidas de capital.

**Patrimonio Familiar líquido:**

- Incluye los recursos que son en efectivo o pagaderos en efectivo bajo demanda y
- Incluye activos líquidos de todas las personas incluidas en la definición de “Familia”. Se excluyen los activos líquidos de los no familiares, como los compañeros de casa.

**Indigencia médica:** Incapaz de pagar una parte o todas las facturas médicas cuando el total supera el 15 % de los ingresos familiares.

**Médicamente necesario:** Según lo define Medicare, “servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados” (<https://www.medicare.gov/glossary/m.html>, agosto de 2016).

**Sin seguro:** Paciente sin seguro o sin asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago a los proveedores de salud.

**Con seguro insuficiente:** Paciente con algún nivel de seguro o asistencia de terceros para cumplir con las obligaciones de pago a los proveedores de atención médica, pero que puede tener gastos directos que superan su capacidad financiera de pago.

### **III. PÓLIZA**

#### **A. Normas generales**

La asistencia financiera solo se ofrece para servicios médicamente necesarios para pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad según esta política. La asistencia financiera se ofrece a través de atención gratuita o con descuento según los ingresos familiares.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de REHAB para obtener asistencia financiera y contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad de pago individual. Se puede ayudar a los pacientes a encontrar otras formas de pago antes de la aprobación de la asistencia financiera en virtud de esta política.

Las personas sin seguro de salud que tienen la capacidad financiera para comprar uno puede que reciban la recomendación para comprarlo y así tener el acceso a los servicios de salud para el bienestar general del paciente.

REHAB no brinda atención médica de emergencia y no tiene una sala de emergencias ni tiene capacidades especializadas que lo harían apropiado para aceptar personas que necesitan tratamiento estabilizador para una condición médica de emergencia. Las personas que requieran atención médica de emergencia serían transferidas a otro centro de manera que cumpla con 42 CFR 482.12(f)(2).

### **B. Servicios Elegibles**

Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política:

- Servicios de rehabilitación proporcionados por REHAB para una afección que, si no se trata de inmediato, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de una persona; Los servicios se basan en el plan de tratamiento del médico y/o terapeuta que se basa en la necesidad médica y las ganancias funcionales y
- Los servicios elegibles incluyen aquellos prestados por proveedores empleados por REHAB como se indica en el Anexo A.

Los siguientes servicios no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política:

- Servicios que no son médicamente necesarios, incluidos los servicios de bienestar y
- Servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a REHAB que pueden tratar o brindar servicios a pacientes en ubicaciones de REHAB. El Anexo A de esta política enumera los proveedores que no pertenecen a REHAB que brindan servicios en las ubicaciones de REHAB. Los servicios prestados por proveedores que no pertenecen a REHAB pueden facturarse a los pacientes por separado.

### **C. Elegibilidad del paciente**

La determinación de elegibilidad del paciente no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

Los tres siguientes criterios deben cumplirse para ser elegible para asistencia financiera bajo esta política:

1. Prueba de activos líquidos: Los bienes líquidos de la familia son iguales o menores a \$50,000;
2. Prueba de ingresos: Los pacientes con ingresos familiares iguales o menores al 300 % de la Pauta Federal de Pobreza para Hawaii, vigente en el momento de la determinación (FPG), cumplen con los criterios de la Prueba de ingresos. Los descuentos se determinan en una escala de la siguiente manera:

| <u>Nivel de ingresos familiares:</u>                | <u>Descuento:</u> |
|---|-------------------|
| Igual o por debajo del 200% de la FPG               | 100%              |
| Por encima del 200% pero inferior al 250% de la FPG | 75%               |
| Por encima del 250% pero inferior al 275% de la FPG | 50%               |
| Por encima del 275% pero inferior al 300% de la FPG | 25%               |

Los pacientes con ingresos familiares que excedan el 300 % de la FPG son elegibles para recibir tarifas con descuento por indigencia médica cuando las facturas médicas totales excedan el 15 % de los ingresos familiares. Las tarifas con descuento no podrán ser mayores que las cantidades generalmente facturadas.

3. **Prueba de Residencia:** El paciente debe ser un ciudadano de los E.E.U.U o un extranjero legal que esté permanentemente residiendo en Hawaii.

Presunta elegibilidad para la asistencia financiera: en caso de que no haya respaldo suficiente para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera usando los tres criterios anteriores, REHAB puede usar otras fuentes para determinar la elegibilidad y las cantidades de descuento según esta política. La presunta elegibilidad se puede determinar en función de las circunstancias específicas del paciente, que pueden incluir:

- Falta de vivienda o recibir atención de un refugio para personas sin hogar;
- Elegibilidad en programas de apoyo financiero estatales, federales o locales, tales como programas para mujeres, bebés y niños (WIC), cupones de alimentos, programas de almuerzos escolares subsidiados, viviendas de bajos ingresos/subsidiadas; y
- El paciente fallece sin patrimonio conocido.

#### **D. Proceso de solicitud y revisión**

El avalista o responsable del paciente/s debe completar la Solicitud de asistencia financiera (Anexo B) y enviar la información y documentación personal, financiera y de otro tipo según lo solicite REHAB.

A los pacientes identificados como potencialmente elegibles para Medicaid/Quest se les pedirá que presenten una solicitud y cooperen plenamente para proporcionar la información requerida para completar la solicitud de Medicaid/Quest.

REHAB revisará la Solicitud de Asistencia Financiera presentada y la documentación de respaldo y determinará la elegibilidad según los criterios establecidos en la Sección III.C. Elegibilidad del Paciente.

El paciente será notificado por escrito de su estado de elegibilidad. El período de elegibilidad de asistencia financiera será de seis meses a partir de la fecha de determinación. Después de seis meses, el paciente debe volver a solicitar asistencia financiera conforme a esta política. La necesidad de asistencia financiera puede volver a evaluarse en cualquier momento en que se conozca información adicional relevante para la determinación de elegibilidad.

Los descuentos descritos anteriormente se aplicarán a los saldos pendientes del paciente a partir de la fecha de determinación y los saldos futuros para el período de seis meses posterior a la fecha de determinación. Los pacientes elegibles para asistencia financiera

no estarán obligados a pagar más de lo que generalmente se factura a los pacientes con seguro que cubre dicha atención médica necesaria.

Se prefiere, pero no se requiere, que se presente una solicitud de asistencia financiera y una determinación de necesidad financiera antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier punto del ciclo de cobro.

Se puede obtener información sobre esta política y asistencia para completar la Solicitud de Asistencia Financiera en el departamento de Servicios Financieros para Pacientes ubicado en 226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817 o por teléfono (808)544-3340.

#### **E. Comunicación de la Política de Asistencia a Pacientes y a la Comunidad**

REHAB hará todos los esfuerzos razonables para comunicar la disponibilidad de esta política y la asistencia financiera antes de realizar cualquier Actividad Extraordinaria de Cobro (ECA). La notificación de la disponibilidad de asistencia financiera se proporcionará por varios medios que incluyen, pero no se limitan a:

- Publicación en carteles y pantallas de avisos visibles en áreas de admisión y registro, en Servicios Financieros para Pacientes y en otros lugares públicos en las instalaciones del hospital según lo elegido por REHAB;
- Las facturas de los pacientes incluirán un lenguaje estándar que informará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera y cómo obtener información adicional;
- La información que incluye la política, la Solicitud de Asistencia Financiera y el Resumen de Asistencia Financiera (resumen en lenguaje sencillo) (Anexo C) también se publicará en el sitio web de Internet de REHAB y estará disponible para solicitudes y sin cargo, incluso por correo; y
- Dichos avisos e información resumida se distribuirán en otros lugares dentro de la comunidad servida por REHAB a través de las actividades comunitarias de REHAB.

Se realizarán esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política antes de participar en ECA de la siguiente manera:

- Se proporcionarán cuatro facturas mensuales al paciente/avalista. Cada declaración incluirá un lenguaje estándar que informará al paciente/avalista sobre la disponibilidad de asistencia financiera y cómo obtener información adicional y solicitarla. La cuarta factura mensual (último aviso por escrito) describirá la disponibilidad de asistencia financiera, identificará la ECA que REHAB tiene intención de iniciar para obtener el pago e incluirá una fecha límite después de la cual la ECA puede comenzar (que será al menos 30 días después de la fecha de el último aviso por escrito). El Resumen de Asistencia Financiera (Resumen en Lenguaje Sencillo) se proporcionará con la cuarta factura;

- Al menos 30 días antes del inicio de la ECA, intento de notificación verbal al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera y cómo obtener información adicional y presentar la solicitud; y
- Los esfuerzos razonables serán revisados por el Controlador. La ECA no comenzará sin la aprobación previa del Controlador y la determinación de que se realizaron esfuerzos razonables.

Después de que el Controlador determine que se han realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, REHAB puede iniciar una ECA, lo que incluye informar de la falta de pago a las agencias de informes crediticios o de cobro y presentar demandas. ECA no comenzará hasta 120 días después de que se proporcione la primera factura (factura posterior al alta).

Después de que comience la ECA, si el paciente/avalista notifica a REHAB sobre la intención de solicitar asistencia financiera en virtud de esta política, REHAB proporcionará el Resumen de Asistencia Financiera (Resumen en Lenguaje Sencillo), la Solicitud de Asistencia Financiera y una notificación por escrito de la fecha límite para la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera completada. La fecha límite será 30 días a partir de la fecha de la notificación por escrito o 240 días después de la primera factura mensual (factura posterior al alta), lo que ocurra más tarde. Al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera completa después de que comience la ECA, dicha ECA se suspenderá durante el proceso de revisión. Si no se recibe una Solicitud de Asistencia Financiera completa antes de la fecha límite detallada en la notificación por escrito, REHAB puede continuar con la ECA.

Si se aprueba la asistencia financiera y luego se descubre que un paciente ha recibido una remuneración por lesiones/enfermedades que fueron tratadas por REHAB, el paciente deberá reembolsar a REHAB. Por ejemplo, si un paciente recibió asistencia financiera y posteriormente recibe un acuerdo por lesiones sufridas en un accidente automovilístico y REHAB ha tratado al paciente por esas lesiones, el paciente será responsable de pagar su factura de REHAB y cualquier ajuste de asistencia financiera se será invertido.

#### **ANEXOS:**

- Anexo A – Médicos cuyos servicios están cubiertos y médicos cuyos servicios no están cubiertos por esta póliza
- Anexo B – Solicitud de Asistencia Financiera
- Anexo C – Resumen de Asistencia Financiera (Resumen en Lenguaje Sencillo)

S:policies:exec:exp2006 (9/26/16)

## **ANEXO A**

Médicos cuyos servicios están cubiertos y médicos cuyos servicios no están cubiertos por esta póliza



## **ANEXO A**

### **Lista de proveedores de REHAB cuyos servicios están cubiertos por esta póliza a partir del 1/1/2026**

- None

### **Lista de proveedores que no pertenecen a REHAB que brindan servicios en ubicaciones de REHAB que no están cubiertos por esta póliza A partir del 1/1/2026**

- Ashman, Kenji, PA-C
- Badalucco, Laura, PA-C
- Bhatt, Ajay, MD
- Burdick, Daniel, MD
- Dadds, Ryan M., PA-C
- Katahara, Patrick, PA-C
- Kollarova, Tamara, MD
- Kosut, Shephard, MD
- Lamport-Hughes, Nancy, Ph.D.
- Lee, Eugene M.C., MD
- Lu, Katrina, APRN-Rx
- Mun, Eluned, DNP, APRN-Rx
- Muraoka, Nicholas, DO
- Nakamura, Erin, PA-C
- Nishikawa, Owen, MD
- Nomura, Ryan YA, MD
- Oishi, Stephen M., MD
- Okada, Jeffrey, MD
- Oshiro, Shari Ann, MD
- Pien, Brian, MD
- Sandoval, Sanders, APRN-Rx
- Shin, Michael, MD
- Shinha, Takashi, MD
- Stearns, Fay, APRN-Rx
- Uyeno, Brent, MD
- Wang, Jordan SFT, MD
- Wong, Russell, MD
- Yamamoto, Kent S., MD
- Yeoh, Jeffrey KC, MD



**ANEXO B**  
Solicitud de Asistencia Financiera





Aloha,

De acuerdo con nuestra misión y valores, REHAB Hospital of the Pacific ("REHAB") se compromete a brindar asistencia financiera a los pacientes que necesitan servicios de atención médica de rehabilitación médica necesarios y no pueden pagar en función de su situación financiera individual. Nuestro programa de asistencia financiera permite que los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad reciban apoyo financiero para ayudar a pagar la atención médica necesaria.

El programa de asistencia financiera de REHAB se aplica solo a los servicios elegibles como se describe en nuestra Política de Asistencia Financiera (FAP). Los servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a REHAB en ubicaciones de REHAB no son elegibles según nuestra FAP y se pueden facturar a los pacientes por separado.

Para ser elegible, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero legal que resida permanentemente en Hawaii. Se revisarán los bienes y los ingresos de su familia para ver si cumplen con las pautas de la política para otorgar asistencia financiera. Si lo hacen, se descontarán sus facturas de REHAB. La cantidad real del descuento depende de los ingresos de su familia.

Para presentar una solicitud, complete en su totalidad esta Solicitud de Asistencia Financiera. Debe adjuntar documentación reciente con su solicitud para respaldar sus respuestas. La Lista de Verificación de Documentación para la Asistencia Financiera (adjunto) detalla la información solicitada..

La información que comparta con nosotros se utilizará únicamente para los fines de esta solicitud. Será tratada como información confidencial.

Por favor, envíe su solicitud completa y copias de la documentación de respaldo al departamento de Servicios Financieros para Pacientes ubicado en el primer piso del Hospital REHAB o envíela por correo a:

The Rehabilitation Hospital of the Pacific  
ATTN: Patient Financial Services  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios financieros para pacientes de REHAB al (808) 544-3340.

## Asistencia Financiera - Lista de documentos

Al enviar su solicitud, incluya copias de los siguientes documentos, según corresponda, para respaldar su Solicitud de Asistencia Financiera:

- Licencia de conducir, Acta de nacimiento y/u otra identificación con foto o tarjeta de extranjero;
- Declaraciones de impuestos federales y estatales más recientes
- Documentos que reflejen los ingresos de su familia, incluyendo:
  - Talones de pagos, cheques de empleo o W-2's
  - Extractos o comunicados de la Seguridad Social o cartas de adjudicación
  - Documentos que muestren fondos de asistencia pública o cartas de adjudicación
  - Carta de determinación del Estatus de Asegurado para beneficios de desempleo
  - Carta de otorgamiento de beneficios para la compensación del trabajador
  - Extractos mensuales de pensiones/beneficios de jubilación
  - Extractos mensuales de beneficios para veteranos
  - Carta de otorgamiento de beneficios para manutención de niños o pensión alimenticia
  - Extractos mensuales de ingresos por alquiler
- Extractos recientes de otros hospitales, médicos, laboratorios, etc. que muestren cantidades adeudadas en facturas médicas familiares
- Documentos que muestren los activos líquidos de su familia, incluyendo:
  - Extractos mensuales de instituciones financieras que muestren saldos, ingresos por intereses y dividendos
  - Documentos que muestren otros activos líquidos de su familia
- Solicitud enviada de Medicaid del Estado de Hawaii y carta de aprobación/denegación

Si ninguno de estos documentos está disponible, proporcione una explicación por escrito de por qué dichos documentos no se enviaron con su solicitud completa.

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA**
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

|   |                          |                      |   |
|---|--------------------------|----------------------|---|
| Nombre del Paciente:                        | Nº de Seguridad Social#: | Fecha de Nacimiento: | Paciente/Avalista Teléf. Casa:                          |
| Nombre del Avalista:                        | Nº de Seguridad Social#: | Fecha de Nacimiento: | Paciente/Avalista Móvil:                                |
| Dirección permanente del Paciente/Avalista: |                          | Ciudadano de EEUU:   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Paciente/Avalista Email:                    |                          |                      |   |

**MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR**

|         |           |                      |                       |
|---------|-----------|----------------------|-----------------------|
| Nombre: | Relación: | Fecha de nacimiento: | Nº Seguridad Social#: |
| Nombre: | Relación: | Fecha de nacimiento: | Nº Seguridad Social#: |
| Nombre: | Relación: | Fecha de nacimiento: | Nº Seguridad Social#: |
| Nombre: | Relación: | Fecha de nacimiento: | Nº Seguridad Social#: |

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

|  |        |
|--|--------|
| Empleador y Dirección del empleador del Paciente/Avalista: | Cargo: |
| Empleador y Dirección del empleador del Cónyuge:           | Cargo: |

**ACTIVOS LÍQUIDOS FAMILIARES: Enumere los activos líquidos totales de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)**

|                                  |                                 |                                   |                         |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Banco/CU Cuentas corrientes: \$  | Banco/CU Cuentas de ahorros: \$ | Cuentas del mercado monetario: \$ | Dinero en mano: \$      |
| Inversiones (acciones/bonos): \$ | Otros (especificar): \$         | Otros (especificar): \$           | Otros (especificar): \$ |

**INGRESOS FAMILIARES: Indique el ingreso total de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)**

|                         |                      |  |                                |
|-------------------------|----------------------|--|--------------------------------|
| Salario: \$             | Seguridad Social: \$ | Asistencia pública/Desempleo: \$                 | Compensación al trabajador: \$ |
| Pensión/Jubilación: \$  | Alquiler: \$         | Manutención de los hijos/Pensión alimenticia: \$ | Beneficio para Veteranos: \$   |
| Otros (especificar): \$ |                      |  |                                |

**GASTOS MÉDICOS FAMILIARES: Indique los gastos totales de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)**

|                                  |                     |                     |                     |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Proveedor (Hospital/Doctor/Lab): | Cantidad a deber \$ | Tipo de Servicio(s) | Meses/años de Svcs: |
| Proveedor (Hospital/Doctor/Lab): | Cantidad a deber \$ | Tipo de Servicio(s) | Meses/años de Svcs: |
| Proveedor (Hospital/Doctor/Lab): | Cantidad a deber \$ | Tipo de Servicio(s) | Meses/años de Svcs: |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|  |   |  |
|--|---|--|
| ¿Ha solicitado Medicaid u otros programas financieros? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, fechas de la solicitud: |
| Resultados de la solicitud, por favor especifique:     |   |  |

|  |   |
|--|---|
| ¿Hay juicios pendientes, acuerdos o concesiones relacionados con sus servicios en REHAB? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Describa:  |   |

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:** Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que REHAB puede verificar toda la información proporcionada. Si alguna información resulta ser falsa, entiendo que no seré elegible para asistencia financiera en REHAB y seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Acepto cooperar plenamente con REHAB solicitando cualquier asistencia financiera (incluida la solicitud de Medicaid/Quest) disponible para pagar mis cargos de REHAB. Entiendo que todos los demás seguros y fuentes de pago de terceros deben aplicarse a los cargos antes de que se aplique la asistencia financiera. Asignaré o pagaré a REHAB cualquier monto cubierto por estos cargos de cualquier fuente, como un acuerdo, sentencia o seguro.

Entiendo que esta asistencia cubre solo los servicios médicamente necesarios elegibles proporcionados por REHAB. Además, entiendo que REHAB puede revocar mi cobertura de asistencia financiera en cualquier momento y por cualquier motivo.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## **ANEXO C**

Resumen de Asistencia  
Financiera (Resumen en  
Lenguaje Sencillo)



# Resumen de la Asistencia Financiera

## PROGRAMA ASISTENCIA FINANCIERA

De acuerdo con nuestra misión y valores, REHAB Hospital of the Pacific ("REHAB") se compromete a brindar asistencia financiera a los pacientes que necesitan servicios de atención médica de rehabilitación médica necesarios y no pueden pagar debido a su situación financiera individual. Nuestro programa de asistencia financiera permite que los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad reciban apoyo financiero para ayudar a pagar la atención médica necesaria.

### ¿CALIFICO PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA?

Para saber si es elegible para recibir asistencia financiera, complete una Solicitud de Asistencia Financiera. Revisaremos la información que proporcione para determinar si califica para recibir asistencia bajo nuestro programa o si hay otros programas gubernamentales en los que podemos ayudarle con la solicitud.

En general, REHAB brinda asistencia financiera completa para los servicios elegibles si:

- Los activos líquidos de su familia son iguales o menores a \$50,000; y
- Su ingreso familiar es igual o inferior al 200% de la Pauta Federal de Pobreza actual para Hawaii; y
- Es ciudadano estadounidense o extranjero legal que reside permanentemente en Hawaii

Otros descuentos pueden estar disponibles bajo nuestro programa para ayudarlo con sus costos médicos.

### ¿CÓMO PUEDO SOLICITAR U OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA?

Puede obtener nuestra Política de Asistencia Financiera (FAP), la Solicitud de Asistencia Financiera o este resumen de forma gratuita:

- **EN PERSONA:** Patient Financial Services department located on the first floor of REHAB Hospital in Nuuanu, 226 North Kuakini Street
- **POR TELÉFONO:** Call a Patient Financial Services representative at (808) 544-3340 (Monday-Friday, 8:00AM to 4:30PM)
- **ONLINE:** <https://www.rehabhospital.org/how-does-billing-work>
- **EMAIL:** FAProgram@rehabhospital.org

### ¿PREGUNTAS?

Si tiene preguntas sobre asistencia financiera, comuníquese con Servicios financieros para pacientes de REHAB al (808) 544-3340.

Podemos ayudarlo a completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

Devuelva su solicitud completa y las copias de los documentos de respaldo al departamento de Servicios Financieros para Pacientes en 226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817.

El programa de asistencia financiera de REHAB se aplica solo a los servicios elegibles como se describe en nuestra FAP. Los servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a REHAB en ubicaciones de REHAB no son elegibles según nuestra FAP y se pueden facturar a los pacientes por separado.

No se requerirá que los pacientes elegibles para asistencia financiera paguen más que la cantidad generalmente facturada a los pacientes con seguro que cubra dicha atención médica necesaria.

