



## DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS NO-ASEGURADAS PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA BÁSICA

Efectivo el día 1<sup>o</sup> de abril de 2023, los hospitales de HonorHealth y las clínicas de HonorHealth Medical Group ofrecen el descuento de ochenta y cuatro por ciento (84%) de los cargos facturados por servicios prestados a pacientes que no cuenten con seguro médico y cuyo nivel de ingresos familiar sea menor a cuatro veces el indicado en la Guía Federal de Pobreza conforme a la política de Asistencia Financiera. Esta política se puede revisar en la sección de Políticas Financieras y de Privacidad en HonorHealth.com. Este descuento probablemente no pueda aplicarse a la atención recibida relacionada con lesiones en las que otra persona o entidad sea responsable del pago.

Expectativas de pago: Los hospitales y las ubicaciones de las clínicas esperan recibir un depósito antes de los servicios programados y que se pague el saldo o la mensualidad de los arreglos de pago de acuerdo con la política de HonorHealth. Aproximadamente una semana después del alta hospitalaria o de su visita, recibirá un estado de cuenta detallado que indica el saldo adeudado con el descuento incluido y la información de contacto en caso de que necesite hacer arreglos de pago.

En caso de que otra persona o entidad sea responsable de las lesiones que dieron lugar a este tratamiento, el hospital conserva sus derechos de gravamen en conformidad con los estatutos revisados del estado de Arizona (A.R.S. 33931) y hará cumplir su derecho de retención contra dicha recuperación.

Si el garante no puede pagar la factura del hospital o de la clínica, o no puede hacer los arreglos formales, notifique al personal o representante de asistencia financiera del hospital de inmediato para iniciar las solicitudes que deben enviarse a tiempo para ver si califica en otros programas estatales, federales o del hospital.

Tales programas podrían modificarse o cancelarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN Declaro como paciente, o garante de esta cuenta, que:

- El paciente no cuenta con seguro médico para cubrir este servicio.
- El paciente no cuenta con seguro médico para pacientes hospitalizados ni ambulatorios en ningún hospital o instalación de atención médica que pudiera cubrir estos servicios.
- El ingreso bruto anual de la familia es menor a la cantidad que se detalla a continuación para el tamaño de mi familia.

Entiendo que esta información podría verificarse a través de los servicios de reporte de crédito.

| Tamaño de la familia. | FPL<br>(Índice Federal de Pobreza, FPL por sus siglas en inglés) |
|-----------------------|--|
| 1                     | \$62,600   |
| 2                     | \$84,600   |
| 3                     | \$106,600  |
| 4                     | \$128,600  |

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
No. de cuenta del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor devuelva este formulario a la dirección que se muestra en la parte superior de esta página.