



Resumen de Asistencia Financiera

William Newton Hospital, sus médicos empleados, clínicas ambulatorias con base en proveedores, clínicas rurales de salud y servicios auxiliares (en adelante denominados WNH) tienen una larga tradición de servir a personas con desventajas económicas y a todos quienes necesiten servicios de salud. WNH está comprometido a brindar Asistencia Financiera para cubrir las necesidades médicas de personas sin seguro médico, con seguro insuficiente, que no califican para programas gubernamentales o que, de otro modo, no pueden pagar atención médicamente necesaria debido a su situación financiera.

WNH brinda atención médica de emergencia a cualquier persona que la necesite, sin importar su ciudadanía, estatus legal ni capacidad de pago. Si es necesario, se organizará una transferencia a otra instalación más adecuada para el tratamiento, incluso si el paciente no puede pagar o no tiene seguro. La necesidad de tratamiento médico se determinará con base en el juicio clínico del proveedor, sin tomar en cuenta la situación financiera del paciente. Todos los pacientes serán tratados con respeto y equidad, conforme a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Con el fin de promover la salud y el bienestar de las comunidades a las que sirve WNH, las personas con recursos financieros limitados pueden ser elegibles para servicios médicos gratuitos o con descuento según criterios establecidos. Los criterios de elegibilidad se basan en el 120% al 200% de las Guías Federales de Pobreza disponibles en www.aspe.hhs.gov/poverty, y se actualizan anualmente conforme a los cambios publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Proceso de Solicitud de Asistencia Financiera

Hay señalización visible en las instalaciones de WNH, especialmente en las áreas de admisión de pacientes, para aumentar el conocimiento sobre el Programa de Asistencia Financiera. Se dispone de un Paquete de Asistencia Financiera que incluye la Solicitud de Asistencia Financiera, el Resumen de Asistencia Financiera y la Política de Pagos. Esta información también está disponible en el sitio web de WNH www.wnhcares.org, y se puede enviar por correo a solicitud. Los pacientes son responsables de completar la Solicitud de Asistencia Financiera y proporcionar la documentación requerida para determinar la elegibilidad.

Elegibilidad

Para ser elegible a una reducción del 100% de la parte del paciente en los cargos facturados, los Ingresos Familiares/Hogar deben estar en o por debajo del 120% de las Guías Federales de Pobreza actuales. Si sus ingresos están entre el 120% y el 200%, se aplicará un descuento proporcional a sus cargos brutos.

Si la determinación deja un saldo pendiente, se establecerán términos de pago según la política de pagos

- Una cuenta de paciente sin seguro puede ser elegible para (1) Ajuste del Monto Generalmente Facturado (AGB) (2) Ajuste por Asistencia Financiera.
- Una cuenta con seguro puede ser elegible para (1) Ajuste contractual del seguro (2) Ajuste por Asistencia Financiera sobre el saldo restante.

- A. ¿Algún miembro de la familia no puede trabajar por edad, enfermedad o lesión? Si No
- B. Si algún miembro mayor de 18 años no trabaja, indique la fecha del último empleo ___/___/___ y el nombre del empleador anterior: _____
- C. ¿Existen otros problemas médicos o financieros en el hogar? Si No
- D. ¿El paciente/garante se ha declarado en bancarrota en los últimos 12 meses? Si No

REPORTE DE INGRESOS MENSUALES: Proporcione verificación de todos los ingresos que apliquen al hogar.

Adjunte comprobantes de los últimos dos (2) meses: recibos de pago, seguro social, discapacidad, pensión, desempleo, manutención, etc.

| Fuente | Solicitante | Cónyuge/Pareja | Dependiente | Total |
|---|-------------|----------------|-------------|-------|
| Sueldos, propinas, etc. | | | | |
| Negocios, trabajo independiente | | | | |
| Compensaciones, seguro social, beneficios de veteranos, pensión, etc. | | | | |
| Intereses, dividendos, rentas, pensiones alimenticias, asistencia externa, etc. | | | | |
| TOTAL DE INGRESOS | | | | |

Documentos requeridos:

**NOTA: SOLO SE ACEPTAN COPIAS.
NO ENVÍE ORIGINALES**

- Declaraciones de impuestos del último año (**debe ser copia completa del formulario 1040, incluyendo anexos**) - (Si no presenta impuestos, explique:)
- _____
- Documentación de ingresos de los últimos **2 meses**
- Estados de cuenta bancarios de los últimos **2 meses**
- Carta oficial de desempleo (si aplica)
- Carta de beneficios de Seguro Social y/o discapacidad (año actual, si aplica)
- Documentación de manutención infantil recibida (si aplica) – disponible en el sitio web de KPC
- Reporte de Ingresos Mensuales (completo) – escriba N/A donde no aplique
- Solicitud firmada por todas **las partes responsables (si está casado, también debe firmar el cónyuge)**

Devuelva la solicitud en un plazo de 10 días. Recibirá una decisión por escrito en 30 a 90 días. La asistencia financiera de WNH no cubre facturas de médicos, radiólogos, anestesiólogos o ambulancia. Debe comunicarse directamente con esos proveedores. Las cuentas de WNH anteriores al período de solicitud siguen siendo su responsabilidad.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que si se determina que alguna parte es falsa, seré responsable de los costos médicos. Me comprometo a notificar a WNH sobre cualquier cambio en mi situación familiar/financiera o de seguro. Esta solicitud es válida por 6 meses. **WNH no compartirá información confidencial sin mi autorización previa.**

I understand that the information which I submit is subject to verification by WNH and subject to review by others required. I certify the information in this financial application is true and correct. I also understand that if any portion of the information I have provided is determined to be falsified, I will be responsible for all medical expenses incurred at WNH. I agree to promptly notify WNH of any changes to my family/household status including family/household size, income, or insurance coverage that could change my financial status and eligibility for Financial Assistance. I understand this application is good for 6 months. **I understand that WNH cannot share confidential information without my prior approval.**

Firma del responsable: _____ **Fecha:** _____

Firma del cónyuge: _____ **Fecha:** _____

(Si está casado, se requiere la firma del cónyuge)

¿Tiene preguntas? Llame al 620-222-6240

¿Dónde devolver la solicitud? William Newton Hospital

Attn: Credit/Collections Department

1300 E. 5th Avenue

Winfield, KS 67156

William Newton Hospital

Cargos Profesionales No Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de WNH.

- Cancer Center of Kansas
- Community Health Center of Cowley County
- Family Care Center
- Infectious Disease Consultants
- Kansas Pathology Consultants
- KC Pathology, PA
- Mid Kansas ENT
- Nephrology Services
- Pain Management Associates
- Pulmonology Services
- Rheumatology Services
- Urgent Care of Cowley County
- Wichita Radiology Group
- Wichita Urology Group

Para más información, comuníquese con el Departamento de Crédito/Cobros al 620-222-6240.

Actualizado: 6.18.25

William Newton Hospital

Cargos Profesionales Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de WNH

- Direct billing from William Newton Hospital
- Health Professionals of Winfield
- Sunflower OB/GYN at WNH
- William Newton Cardiology
- William Newton Foot & Ankle
- William Newton Hillside Family Medicine
- William Newton Orthopedics
- William Newton Pediatrics
- William Newton Rural Clinics
 - Cedar Vale Rural Health Clinic
 - Dexter Community Rural Health Clinic
 - Moline Community Rural Health Clinic
 - Tallgrass Rural Health Clinic
- William Newton Surgery and Services

Para más información, comuníquese con el Departamento de Crédito/Cobros al 620-222-6240.

Actualizado: 6.18.25