

<b>DEPARTAMENTO:</b>	Finanzas
<b>NOMBRE DE LA POLÍTICA:</b>	Política de asistencia financiera
<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>	December 6, 2022
<b>FECHA DE REVISIÓN</b>	06/01/2023, 06/25/2024
<b>APROBADA POR:</b>	<b>Junta Directiva</b> 06/27/2024 <b>Presidente/CEO</b> <b>Director financiero</b>

---

**PROPÓSITO:** Radiant Health se compromete a brindar servicios de atención de salud conductual asequibles y de calidad a quienes los necesitan y a ser transparente, consistente y justo con las personas sin seguro o con seguro insuficiente que buscan servicios de salud mental. De acuerdo con su misión de brindar consultas y tratamientos clínicos integrales a personas con problemas emocionales, mentales, conductuales y de abuso de sustancias, Radiant Health se esfuerza por garantizar que la capacidad de pago de una persona no le impida buscar o recibir atención.

Esta política:

- Describa los criterios de elegibilidad que Radiant Health utilizará para brindar atención con descuento.
- Describa cómo se calculan y cargan los montos a quienes son elegibles para recibir asistencia financiera.
- Proporcionar instrucciones sobre cómo las personas pueden solicitar asistencia financiera.
- Describa cómo Radiant Health notificará e informará a las personas sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- Quedarán excluidos de esta política los alquileres de viviendas residenciales.

**POLÍTICA:** Es política de Grant-Blackford Mental Health, Inc. dba Radiant Health Services, una organización caritativa exenta de impuestos 501(c) 3, brindar atención sin importar la raza, color, religión, credo, sexo o edad de una persona. , origen nacional, estado civil, discapacidad física o mental, información genética, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano o cualquier clase de personas protegidas de la discriminación según la ley estatal o federal.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los solicitantes cooperen con los procedimientos de Radiant Health para obtener asistencia y contribuir al costo de su atención según su capacidad de pago. Se alentará a las personas con capacidad financiera para comprar un seguro médico o solicitar un seguro médico financiado por el estado a hacerlo para asegurar el acceso a otros servicios de atención médica o la salud personal general del individuo. Para los fines de esta política, los términos siguientes se definen de la siguiente manera:

**Asistencia financiera:** Servicios de salud conductual brindados con descuento a personas que cumplen con los criterios establecidos.

**Período de solicitud:** Período que comienza en la fecha en que se brinda la atención a un individuo y finaliza 30 días después de que Radiant Health le proporcione al individuo un aviso de que se puede iniciar una acción de cobro.

**Cargos brutos:** cargos totales que se aplican de manera consistente y uniforme a todas las personas antes de aplicar cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.

**Hogar:** Utilizando la definición de la Oficina del Censo, un individuo o un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si la persona se presenta como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona, esa persona puede ser considerado dependiente a los efectos de la prestación de asistencia financiera.

**Ingresos:** Los ingresos incluyen ingresos brutos provenientes de sueldos y salarios, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingresos de Seguridad Suplementarios, asistencia pública, pensiones/pagos de VA, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensiones o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, pagos por discapacidad, pagos recibidos del estado por tutela o custodia legal, ingresos comerciales (Anexo C del IRS), ingresos agrícolas (Anexo F del IRS). Los ingresos agrícolas y de propiedades en alquiler se determinarán según las ganancias brutas después de las deducciones. NOTA: Los beneficios no monetarios, como los subsidios para alimentos y vivienda, no se considerarán ingresos.

**Asegurado:** Una persona que tiene cobertura de terceros, compensación laboral, seguro de automóvil o está involucrada en un programa de costos compartidos de salud.

**Sin seguro:** una persona que no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarle a cumplir con sus obligaciones de pago. Sin seguro suficiente: una persona que tiene algún nivel de seguro o cobertura de terceros que puede tener gastos de bolsillo que exceden su/ su capacidad de pago debido a los ingresos del hogar.

**PROCEDIMIENTO:** Se utilizará un proceso de solicitud para determinar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera. Las solicitudes se completarán cuando el cliente reciba los servicios. Cuando se reciba toda la documentación de respaldo y se determine que el cliente cumple con las pautas, se le considerará elegible por un período de un año.

Las solicitudes estarán disponibles con todos los profesionales de atención al cliente, sitios de registro, dentro de la Oficina de Finanzas y en línea [GetRadiant.org](http://GetRadiant.org).

Una vez que se haya completado la solicitud de recertificación, la solicitud y la documentación de ingresos correspondiente deben entregarse a cualquier profesional de relaciones con el cliente, un sitio de registro o enviarse por correo a la atención: Departamento de Finanzas, 505 N. Wabash Avenue, Marion, Indiana 46952. Una vez recibida por Departamento de Finanzas, la persona debe recibir una carta dentro de los 14 días calendario informando el estado de su solicitud de recertificación como aprobada, denegada o una solicitud de información adicional. En ocasiones, las notificaciones pueden tardar más en completarse debido a los volúmenes.

Las personas con saldos después del seguro o que hayan agotado los límites de su póliza son elegibles para recibir asistencia financiera si se cumplen los criterios de elegibilidad. A las personas con asistencia financiera se les facturarán los mismos montos que a las personas que tienen seguro; Nunca se les cobrará más.

**Verificación de ingresos:** para determinar la elegibilidad, se utilizarán los siguientes elementos para la verificación de ingresos:

- Declaración de impuestos del año actual o formulario W-2: si trabaja por cuenta propia, incluya el Anexo C de la declaración de impuestos
- Ingresos por desempleo (proporcione un informe reciente de salarios de la fuerza laboral de Indiana)
- 3 talones de pago (uno más reciente y dos anteriores) para todos los miembros del hogar
- Carta de derechos de seguridad social
- Ingresos de jubilación ·Ingresos de inversiones
- Las personas que no son elegibles para Medicaid u otra cobertura de atención médica asequible pueden tener que proporcionar prueba de denegación.

Hay ocasiones en que las personas pueden ser elegibles para recibir asistencia sin completar una Solicitud de asistencia financiera. Estos se identifican a continuación:

- Una persona se declara en quiebra y la decisión final es que no hay activos para satisfacer las facturas individuales
- La persona expira y no hay patrimonio
- La persona no tiene hogar

Radiant Health puede determinar la elegibilidad para asistencia financiera basándose en otra información de apoyo, como los ingresos verificación de otras fuentes disponibles.

La información de asistencia financiera se incluirá en los estados de cuenta, se publicará en las ubicaciones clínicas en áreas muy visibles y se publicará en el sitio web de Radiant Health en [GetRadiant.org](http://GetRadiant.org). Además, la información será proporcionada por un Profesional de Atención al Cliente.

**Planes de pago:** los planes de pago sin intereses están disponibles por períodos de tiempo variables, según el saldo restante.

Si no solicita asistencia o no paga las tarifas establecidas a través de un plan de pago, la cuenta puede derivarse a una agencia de cobranza y quedar sujeta a las políticas de la agencia de cobranza.

## RADIANT HEALTH

Niveles federales de pobreza de 2024			120%	140%	160%	180%	200%
Tamaño del hogar	Nivel federal de pobreza	100% Descuento = or < FPL	80% Descuento	60% Descuento	40% Descuento	20% Descuento	10% Descuento
1	15,060	14,580	18,072	21,084	24,096	27,108	30,121
2	20,440	19,720	24,528	28,616	32,704	36,792	40,881
3	25,820	24,860	30,984	36,148	41,312	46,476	51,641
4	31,200	30,000	37,440	43,680	49,920	56,160	62,401
5	36,580	35,140	43,896	51,212	58,528	65,844	73,161
6	41,960	40,280	50,352	58,744	67,136	75,528	83,921
7	47,340	45,420	56,808	66,276	75,744	85,212	94,681
8	52,720	50,560	63,264	73,808	84,352	94,896	105,441
Por cada uno. persona adicional, agregar	5,380		6,456	7,532	8,608	9,684	10,761

**Responsabilidad de revisión:** Director de ciclo de ingresos

**Reemplaza:** Política de Asistencia Financiera 01/06/2023

**Referencias: Referencia:** (HRSA) Administración de Servicios y Recursos de Salud: (NHSC) Cuerpo del Servicio Nacional de Salud.

La política se actualizará anualmente con nuevas pautas del nivel federal de pobreza.



Fecha de aplicacion: \_\_\_\_\_

## DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL

Radiant Health se compromete a ser su socio de confianza en el viaje de la vida hacia el bienestar. Además, brindar atención médica conductual asequible y de calidad a quienes la necesitan con un descuento en la tarifa variable según la información que usted proporcione.

### Información requerida para la solicitud

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ \*\*SS#: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/garante: \_\_\_\_\_ \*\*SS#: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*\*\*Tenga en cuenta que el número de seguro social es opcional y no se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.*

### Dependientes en el hogar

Dependiente: \_\_\_\_\_ DOB #: \_\_\_\_\_

## Información de ingresos

Fuente de Ingreso Mensual – complete todo lo que corresponda e indique el monto.

<b>Ganancias</b> (salarios de su trabajo) _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Compensación por desempleo</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Ingresos del trabajo por cuenta propia</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Seguridad Social</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>incapacidad del Seguro Social (SSDI)</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>ingresos de pensión o jubilación</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Pagos de veteranos</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Compensación laboral</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente
<b>Otros ingresos</b> _____	_____	_____
Semanalmente	Mensual	Anualmente

Otros ingresos podrían ser dividendos de intereses, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar.

La documentación para respaldar los ingresos serían talones de cheques, extractos bancarios, W-2, declaración de impuestos o información de desempleo.

*Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a verificación. Entiendo que se me pedirá que proporcione pruebas de la información proporcionada. Acepto ayudar a Radiant Health a obtener la información necesaria.*

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del cónyuge/garante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**NOTA:** Esta solicitud es válida por un período de un año.