

<b>Título:</b>	Ayuda financiera		
<b>Departamento/Línea de servicio:</b>	Ciclo de ingresos/Ayuda financiera		
<b>Aprobado por:</b>	Jefe de finanzas		
<b>Número del documento:</b>	TMI Billing Policy 1.0-T		
<b>Fecha de revisión/última revisión:</b>	6/2016	<b>Fecha de iniciación:</b>	6/2016

## ALCANCE

Esta Política de ayuda financiera se aplica a los centros de Touchstone según lo descrito en el Anexo A. El Comité de Auditoría y Cumplimiento del Consejo Directivo de Touchstone es responsable de supervisar esta Política. Cualquier modificación importante a las normas establecidas en la Política debe estar aprobada por el Comité de Auditoría y Cumplimiento del Consejo Directivo de Touchstone antes de su implementación por parte de los centros de Touchstone. El Comité de ayuda financiera es responsable de establecer, aprobar y controlar procedimientos y formularios estándar que hacen operativas las disposiciones de esta Política y otras responsabilidades que se indican en esta Política.

## DEFINICIONES

**Comité de ayuda financiera:** un comité que se compone de un representante de los siguientes departamentos: Operaciones financieras, Administración tributaria, Ciclo de ingresos, Departamento legal y otros designados por el Presidente del Comité que se consideren necesarios para cumplir con las responsabilidades del Comité. El Presidente del Comité será designado por el comité.

## POLITICA

Los centros de Touchstone que figuran en el Anexo A existen para servir a todas las personas, proporcionando la salud personalizada y bienestar a través de la atención al paciente ejemplar y servicio al cliente. Como parte de su misión y compromiso con la comunidad, Touchstone proporciona asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia conforme a esta política.

## PROCEDURE

### 1. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Todos los pacientes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento durante la continuidad de la atención o después de haberla recibido. Sin embargo, la elegibilidad para la ayuda financiera solo se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médica necesaria. La situación de cada paciente se evaluará de acuerdo con las circunstancias pertinentes, como ingresos, activos u otros recursos disponibles para el paciente o la familia del paciente al determinar la capacidad de pago del saldo pendiente de la cuenta del paciente. Teniendo en cuenta esta información, las Pautas de descuento por elegibilidad para ayuda financiera (Anexo C) para determinar qué cantidad, si hubiera, del saldo pendiente de la cuenta del paciente se descontará después del pago por parte de todos los terceros.

Cuando las circunstancias de un paciente no satisfacen los requisitos conforme a las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera, un paciente aún puede obtener ayuda financiera. En estas situaciones, el Comité de ayuda financiera revisará toda la información disponible y tomará una determinación sobre la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: La ayuda financiera ofrecida bajo esta política no se aplica a médico u otros honorarios profesionales facturados por separado de los honorarios de la instalación. Touchstone se reserva el derecho de limitar aún más los servicios cubiertos por esta política.

## **2. METODO PARA SOLICITAR U OBTENER AYUDA FINANCIERA**

### **2.1 Proceso de solicitud**

La solicitud de ayuda financiera puede iniciarse mediante la solicitud de un paciente en persona, por teléfono para Texas llamando al 1-877-275-9077, por correo o a través del sitio web de Touchstone ([www.touchstoneimaging.com](http://www.touchstoneimaging.com)). Las solicitudes enviadas por correo se deben enviar a Touchstone Medical Imaging, LLC, 1431 Perrone Way, Franklin, TN 37069, ATTN: Billing/Charity Care.

Además, Touchstone puede iniciar una Solicitud de ayuda (Anexo B) en nombre del paciente. Finalmente, es responsabilidad del paciente brindar la información necesaria para calificar para la ayuda financiera.

### **2.2 Programas comunitarios y de beneficencia**

Los pacientes de determinadas organizaciones y programas comunitarios y de beneficencia aprobados califican para recibir ayuda financiera conforme a esta Política. Para las organizaciones o los programas no aprobados conforme a esta Política, se puede usar otra solicitud de ayuda, siempre que se cumplan básicamente con los mismos puntos que en la Solicitud de Ayuda de Touchstone o se incluya la documentación del motivo por el que no se cumplieron. El Comité de ayuda financiera será responsable de determinar las organizaciones y los programas aprobados.

### **2.3 Elegibilidad presunta para ayuda financiera**

Touchstone puede revisar los informes crediticios u otra información disponible al público para determinar, conforme a los requisitos legales aplicables, los montos de ingresos y la cantidad de personas en el hogar calculados con el fin de determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera cuando un paciente no proporciona la Solicitud de ayuda o la documentación de respaldo.

## **3. DURACION DE LA ELEGIBILIDAD**

Una vez que se haya aprobado la ayuda financiera, es efectiva para todas las cuentas pendientes del paciente y para todos los servicios brindados dentro de los seis (6) meses posteriores a que el paciente, la parte responsable o el empleado de Touchstone firmen la Solicitud de ayuda ("Fecha de finalización"). La ayuda financiera se puede extender por seis (6) meses adicionales con la afirmación del ingreso del paciente o el ingreso calculado y la cantidad de personas en el hogar. Todos los pacientes deben volver a solicitar la ayuda financiera después de que finalice el período inicial de doce (12) meses.

La aprobación conforme a la sección 2.3 anterior solo se aplicará a las fechas de servicio del saldo de la cuenta del paciente que se esté evaluando. La elegibilidad no se aplicará a las cuentas con fechas futuras de servicio.

## **4. BASE PARA CALCULAR LOS MONTOS COBRADOS**

El nivel de la ayuda financiera se basará en una clasificación de "Financieramente indigente" o "Médicamente indigente", según lo definido a continuación. En todas las situaciones, una vez que se determina que el paciente califica para la ayuda financiera, a esa persona no se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médica necesaria que los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. Al determinar los AGB, Touchstone elige usar el Método de Medicare posible en el que los porcentajes de los AGB se basan en los cargos de Medicare de pago por servicio, según lo indicado en la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés). De acuerdo con las regulaciones aplicables, Touchstone puede cambiar la metodología para calcular los AGB en el futuro. Cualquier miembro del público puede obtener fácilmente los porcentajes actuales AGB que están en uso, de forma

gratuita, ya sea por teléfono al 1-877-275-9077, por correo o a través del sitio web de Touchstone ([www.touchstoneimaging.com](http://www.touchstoneimaging.com)). Las solicitudes enviadas por correo se deben enviar a Touchstone Medical Imaging, LLC, 1431 Perrone Way, Franklin TN 37069, ATTN: Billing/Charity Care.

#### **4.1 Financieramente indigente**

"Médicamente indigente" se refiere a un paciente el cual su ingreso familiar anual (como se define a continuación en la sección 5.2.i) es inferior o igual 200% de las Pautas federales de pobreza ("FPG", por su sigla en inglés). Estos pacientes Financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100 % en los saldos de las cuentas pendientes del paciente según el Programa A de las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera (Anexo C).

Ejemplo: Un paciente con una cantidad de 3 personas en el hogar (según lo definido a continuación en la Sección 5.2.ii) y un ingreso familiar anual de \$36,620 es elegible para un descuento por ayuda financiera del 100 %.

#### **4.2 Medicamente indigente**

"Médicamente indigente" se refiere a un paciente cuyas facturas hospitalarias o médicas de todos los proveedores relacionados o no relacionados, posteriores al pago por parte de todos los terceros, superan el 5% de su ingreso familiar anual, cuyo ingreso familiar anual es superior al 200% pero inferior o igual al 500% de las FPG, y que no puede pagar el saldo de la cuenta pendiente del paciente. Estos pacientes Médicamente indigentes son elegibles para un descuento del 95% según lo establecido en el Programa B de las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera (Anexo C).

Ejemplo: Un paciente con una cantidad de 4 personas en el hogar y un ingreso familiar anual de \$85,000 (entre el 200% y el 500% de las FPG) es elegible para un descuento por ayuda financiera del 95% si el total de las facturas pendientes del paciente, después de todos los pagos de terceros, supera el 5% del ingreso familiar anual. Suponiendo que el saldo de la cuenta del paciente es de \$10,000 (que es superior al 5% del ingreso familiar anual), el paciente es elegible para recibir un descuento del 95% (\$9,500). La obligación restante del paciente sería del 5% (\$500).

#### **4.3. Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera**

Las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera se encuentran adjuntas y forman parte de esta Política (Anexo C). Las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera se actualizarán anualmente de acuerdo con las FPG, según lo publicado en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El método para determinar los porcentajes de descuentos adecuados se revisará anualmente y estará aprobado por el Comité de ayuda financiera para garantizar que los saldos de las cuentas pendientes de los pacientes después del descuento no sean superiores a los montos generalmente facturados a las personas con cobertura de seguro, según lo indicado en la sección anterior.

### **5. DETERMINACION DE LA AYUDA FINANCIERA**

#### **5.1 Evaluación de la ayuda financiera**

La determinación de la ayuda financiera se realiza de acuerdo con procedimientos que pueden incluir lo siguiente:

- 5.1.i. Un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente deben proporcionar información y documentación pertinentes para tomar una determinación sobre la necesidad financiera; o bien
- 5.1.ii. El uso de informes crediticios y otra información disponible al público que brinde información sobre la capacidad de pago de un paciente o su garante.

## 5.2 Definición de ingreso familiar y cantidad de personas en el hogar

La determinación de la ayuda financiera se basará en el ingreso familiar y la cantidad de personas en el hogar que proporcione el paciente o por el cálculo del ingreso familiar y la cantidad de personas en el hogar obtenidos de un tercero proveedor.

### 5.2.i. Ingreso familiar

- I. Adultos: Si el paciente es un adulto, el "Ingreso familiar anual" se refiere a la suma total del ingreso bruto anual o el ingreso anual calculado del paciente y el cónyuge del paciente.
- II. Menores de edad: Si el paciente es un menor de edad, el "Ingreso familiar anual" se refiere a la suma total del ingreso bruto anual o el ingreso anual calculado del paciente, la madre del paciente y el padre del paciente.

### 5.2.ii. Cantidad de personas en el hogar

- I. Adultos: Al calcular la cantidad de personas en el hogar, se incluye al paciente, el cónyuge del paciente y cualquier dependiente (según lo definido por el IRC).
- II. Menores de edad: Al calcular la cantidad de personas en el hogar, se incluye al paciente, la madre del paciente, el padre del paciente, los dependientes de la madre del paciente y los dependientes del padre del paciente.

## 5.3 Verificación de ingresos

El ingreso familiar se documentará mediante cualquiera de los siguientes mecanismos:

- 5.3.i. Documentación de terceros. Mediante el suministro de documentación financiera de terceros, incluidos el formulario W-2 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés); la declaración de impuestos y salarios; el envío de cheque de pago; la devolución impositiva individual; la verificación de teléfono por el empleador; los estados de cuentas bancarias; el envío de pago del Seguro social; el envío de pago de la Indemnización de trabajadores; el aviso de pago del seguro por desempleo; las Cartas de determinación de indemnización por desempleo; la respuesta de una consulta de crédito y otra información disponible al público u otros indicadores adecuados del ingreso del paciente. La documentación de terceros proporcionada conforme a esta subsección se manejará de acuerdo con los requisitos para asegurar la información de salud protegida y los procedimientos de seguridad de la información de Touchstone.
- 5.3.ii. Participación en un programa de beneficios de medios comprobados. Mediante el suministro de la documentación que muestra la participación actual en un programa de beneficio público como Medicaid; Programa de Salud para Indigentes del Condado; Ayuda a Familias con Niños Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés); Cupones de alimentos, Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés), TexCare Partnership u otros programas similares de medios comprobados. La evidencia de participación en cualquiera de los programas anteriores indica que el paciente ha sido considerado Financieramente indigente y, por lo tanto, no es necesario que proporcione su ingreso en la Solicitud de ayuda.
- 5.3.iii. En los casos en donde la documentación de terceros no esté disponible, se puede realizar la verificación del ingreso familiar anual del paciente de cualquiera de las siguientes formas:
  - I. Obtener la declaración por escrito del paciente o de la parte responsable. Mediante la obtención de una Solicitud de ayuda firmada por el paciente o la parte responsable que da fe de la veracidad de la información proporcionada sobre los ingresos del paciente.
  - II. Obtener la declaración verbal del paciente o de la parte responsable. Mediante la autorización por escrito del empleado de Touchstone que completa la Solicitud de ayuda acerca de que el paciente o la parte responsable verificaron verbalmente la información proporcionada sobre los ingresos del paciente.

En ambos casos anteriores en los que el paciente o la parte responsable no puedan proporcionar la verificación de terceros solicitada del ingreso del paciente, se requiere que el paciente o la parte responsable proporcionen una explicación razonable del motivo por el que el paciente o la parte responsable no pueden proporcionar la verificación de terceros requerida. Se usarán intentos razonables para verificar la información de respaldo y la declaración del paciente.

- 5.3.iv. Pacientes fallecidos. Se puede considerar que los pacientes fallecidos, sin cónyuge sobreviviente, no tienen ingresos para los fines de cálculo del ingreso familiar anual. No se requiere documentación del ingreso para los pacientes fallecidos. Sin embargo, se puede requerir la documentación de los activos inmobiliarios. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido puede solicitar ayuda financiera.

#### **5.4 Descalificación para obtener ayuda financiera**

Se ha otorgado la descalificación después de la ayuda financiera, quizás por motivos que incluyen, entre otros, uno de los siguientes:

- 5.4.i. Falsificación de la información. La ayuda financiera se negará al paciente si este o la parte responsable proporcionan información falsa, incluida información con respecto a sus ingresos, cantidad de personas en el hogar, activos u otros recursos disponibles que pudieran indicar un recurso financiero para pagar la atención.
- 5.4.ii. Pago de terceros. La ayuda financiera se negará si el paciente recibe un pago financiero de terceros relacionado con la atención prestada por una filial controlada por Touchstone. Se espera que el paciente use el pago recibido para satisfacer cualquier saldo de sus cuentas.

### **6. MEDIDAS PARA DAR A CONOCER LA POLÍTICA DE AYUDA FINANICERA**

Las medidas usadas para dar a conocer ampliamente esta Política a la comunidad y a pacientes incluyen, entre otras, las siguientes:

#### **6.1 Aviso a la comunidad**

- 6.1.i. Publicar la Política, la Solicitud de ayuda y el resumen en un lenguaje sencillo en el sitio web de Touchstone en la siguiente ubicación: <https://www.touchstoneimaging.com>.
- 6.1.ii. Proporcionar información cuando un paciente llame 1-877-275-9077, o poniéndose en contacto con un centro de Touchstone.
- 6.1.iii. Publicar anualmente un aviso en el periódico principal de las áreas de servicio del proveedor de la filial controlada por Touchstone.
- 6.1.iv. Touchstone informa y notifica a los visitantes a sus instalaciones sobre la política a través de pantallas visibles y otras medidas, como la publicación de un aviso en las áreas de pacientes y oficinas de negocios de un centro de Touchstone.
- 6.1.v. Touchstone notifica a la comunidad de usuarios de la instalación a través de otras organizaciones afiliadas, clínicas comunitarias y otros profesionales de la salud para llegar a aquellos miembros de la comunidad que son los más propensos a requerir asistencia financiera.

#### **6.2 Aviso personal**

- 6.2.i. Touchstone empleados con conocimientos sobre el proceso de solicitud financiera, se reunirán cuando sea necesario, con los pacientes en persona en las instalaciones de Touchstone.

- 6.2.ii. Los estados de cuenta incluyen un aviso que notifica e informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de la ayuda financiera conforme a la Política, incluidos un número de teléfono para consultar sobre la ayuda financiera y el sitio web en donde se puede obtener información adicional.
- 6.2.iii. El personal de Touchstone habla con los pacientes según corresponda, en persona o durante los contactos telefónicos relacionados con la facturación y el servicio a clientes.
- 6.2.iv. Las copias impresas de la Política, la Solicitud de ayuda y el resumen en un lenguaje sencillo están disponibles para todos los pacientes a pedido y sin cargo mientras el paciente se encuentra en un centro de Touchstone.

## **7. RELACIONES CON LAS POLÍTICAS DE COBRO**

- 7.1** Durante el proceso de verificación, mientras se reúne información para determinar el ingreso de un paciente, se tratará a este como un paciente de pago privado de acuerdo con otras Políticas de Touchstone, incluida la Política de facturación y cobro a pacientes. Se puede obtener una copia de la Política de facturación y cobro a pacientes de Touchstone sin cargo llamando al Servicios comerciales centralizados al 1-877-275-9077 o en persona en cualquier centro de Touchstone.
- 7.2** Después de que se reduzca la cuenta del paciente por los descuentos basados en las Pautas de descuentos por elegibilidad para ayuda financiera (Anexo C), el paciente es responsable del resto de los saldos pendientes de sus cuentas, que no serán más de los montos generalmente facturados a las personas que tienen cobertura de seguro, según lo definido en la Sección 4 de esta Política. Una vez que el paciente califique para recibir ayuda financiera, Touchstone no continuará con el cobro del monto calificado para la ayuda financiera. Se les facturará a los pacientes cualquier monto restante de acuerdo con la Política de facturación y cobro a pacientes de Touchstone.
- 7.3** Touchstone se reserva el derecho de facturar y cobrar un copago razonable por los servicios prestados a partir de pacientes que califican para ayuda financiera.

## **7.4 LA POLÍTICA NO ALTERA NI MODIFICA OTRAS POLÍTICAS CON RESPECTO A LOS ESFUERZOS PARA OBTENER PAGOS EXPEDIDOS POR TERCEROS.**

## **ANEXOS**

Lista de centros de Touchstone aplicables (Anexo A)  
Solicitud de ayuda financiera (Anexo B)  
Pautas de descuento por elegibilidad para ayuda financiera (Anexo C).

## **DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Ciclo de ingresos/Facturación y cobro (TMI Billing Policy 2.0-T)

## **REFERENCIAS**

Agencia reguladora  
Código de Impuestos Internos

Cita de Referencia  
Sección 501(r)



# Touchstone Medical Imaging is now closer to you!

**Arlington 817.472.0801** | 817.472.0840 fax  
601 West Arbrook Blvd. | Arlington, TX 76014  
M-F • 8-8; S • 8-2 MRI [HF Open] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO  
Bone Density

**Burleson 817.447.3443** | 817.447.9094 fax  
665 N.E. Alsbury Boulevard | Burleson, TX 76028  
M-F • 7-7; S • 8-12 MRI [HF Open] • CT • US • X-Ray • MAMMO  
Bone Density

**Dallas Forest Lane 214.369.3795** | 866.225.8389 Fax  
11617 North Central Expressway, Suite 132 | Dallas, TX 75243  
M-F • 7:30-5:30; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO  
Bone Density

**Dallas NorthPark 214.820.1700** | 214.989.6684 Fax  
9101 North Central Expressway, Suite 100 | Dallas, TX 75231  
M-F • 8-6; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro

**Denton 940.320.6901** | 940.320.6969 fax  
1435 South Loop 288, Suite 101 | Denton, TX 76205  
M-F • 8-8; S • 8-1 MRI [HF Open] • CT • US • X-Ray

**DT Fort Worth 8th Avenue 817.335.9729** | 888.854.1510 fax  
1199 8th Ave. | Fort Worth, TX 76104  
M-F • 8-6; S • 8-12 MRI [HF] • CT • PET/CT • US • X-Ray/Fluoro  
MAMMO • Bone Density

**DT Fort Worth Rosedale 817.922.7780** | 817.768.3255 fax  
1701 West Rosedale | Fort Worth, TX 76104  
M-F • 7-7; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO  
Bone Density

**Eules 817.283.4636** | 817.399.9648 fax  
350 Westpark Way, Suite 100 | Eules, TX 76040  
M-F • 8-6 CT • US • X-Ray • MAMMO • Bone Density

**Flower Mound 972.724.0100** | 972.724.4455 fax  
3101 Churchill Drive, Suite 100 | Flower Mound, TX 75022  
M-F • 8-6 MRI [HF] • CT • US

**Fossil Creek 817.428.5002** | 817.428.8101 fax  
5455 Basswood Blvd., Suite 550 | Fort Worth, TX 76137  
M-F • 7:30-7; S • 8-2 MRI [Open, HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro  
MAMMO • Bone Density

**Grand Prairie 972.579.4480** | 972.579.3909 Fax  
2740 N. State Hwy. 360, Suite 200 | Grand Prairie, TX 75050  
M-F • 8-5 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO • Bone Density

**Grapevine 817.424.4800** | 817.768.3058 Fax  
2020 W. Hwy. 114, Suite 100 | Grapevine, TX 76051  
M-F • 8-5 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro

**Hurst 817.498.6575** | 817.498.8854 fax  
1717 Precinct Line Road, Suite 103 | Hurst, TX 76054  
M-F • 8-6; S • 8-12 MRI [Open, HF] • CT • US  
X-Ray/Fluoro • MAMMO • Bone Density

**Keller 817.482.2000** | 817.482.2050 Fax  
601 South Main Street, Suite 100 | Keller, TX 76248  
M-F • 8-6 MRI [HF Open] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO  
Bone Density

**Lewisville 972.434.6737** | 972.434.6739 fax  
190 Civic Circle, Suite 125 | Lewisville, TX 75067  
M-F • 8-8; S • 8-2 MRI [Open, HF] • CT • US • X-Ray

**McKinney 214.250.5090** | 214.250.5095 fax  
5321 W. University | McKinney, TX 75071  
M-F • 8-6; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro • MAMMO  
Bone Density

**Mesquite 972.289.5558** | 972.289.5786 fax  
1425 Gross Road, Suite 130 | Mesquite, TX 75149  
M-F • 7-9; S • 8-5 MRI [HF Open] • CT • US • X-Ray • MAMMO  
Bone Density

**North Garland 972.495.7756** | 972.495.1837 fax  
6850 N. Shiloh Rd., Suite R | Garland, TX 75044  
M-F • 8-5 MRI [Open]

**Red Oak 972.617.7731** | 214.736.9234 Fax  
305 East Ovilla Road | Red Oak, TX 75154  
M-F • 8-5; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro  
MAMMO • Bone Density

**Plano 972.378.6858** | 972.378.9088 fax  
3304 Communications Pkwy., Suite 201 | Plano, TX 75093  
M-F • 7-8; S • 8-1 MRI [HF Open, HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro

**Richardson 972.744.0882** | 972.744.0884 fax  
1910 North Collins Blvd. | Richardson, TX 75080  
M-F • 8-6; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray

**Southwest Fort Worth 817.294.1131** | 817.294.3882 fax  
6001 Harris Pkwy. | Fort Worth, TX 76132  
M-F • 7-7; S • 8-12 MRI [HF] • CT • US • X-Ray/Fluoro

**Advanced Imaging Center**  
**214.820.1700** | 214.989.6684 Fax  
411 N. Washington Avenue, Suite 1000 | Dallas, TX 75246  
M-F • 7-8:30 3T MRI [HF] • CT • X-Ray

**Charles A. Sammons Cancer Center at Dallas**  
**214.820.1700** | 214.989.6684 Fax  
3410 Worth Street, Suite 770 | Dallas, TX 75246  
M-F • 8-6 MRI [HF]

**Baylor Diagnostic Imaging Center**  
**at Junius 214.820.1700** | 214.989.6684 Fax  
3900 Junius Street, Suite 100 | Dallas, TX 75246  
M-F • 7:30-8:30; S • 8-12 MRI [HF] • CT • PET/CT • US • X-Ray/Fluoro

Anexo B

**Solicitud de ayuda financiera**



Patient Account Number
------------------------

Application for Financial Assistance

Patient Name (Last, First, MI)		Social Security Number	
Patient Address		City	State
		Zip Code	
		Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced	
Birth Date (Month/Date/Year)		Telephone Number	
		Spouse's Name	
Employed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Employed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Patient's Employer		Spouse's Employer	
Telephone #		Telephone #	

**\*\*If unemployed, please include the previous employer's name and telephone number\*\***

<b>A. Income:</b> Please provide the income for each of the following persons in your household.			
		Please complete only if patient is a minor (if not leave blank)	
Patient	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time - Hours/Week = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> Wk <input type="checkbox"/> Bi-Wk <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	Patient's Father	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time - Hours/Week = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> Wk <input type="checkbox"/> Bi-Wk <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year
Spouse	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time - Hours/Week = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> Wk <input type="checkbox"/> Bi-Wk <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	Patient's Mother	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time - Hours/Week = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hr <input type="checkbox"/> Wk <input type="checkbox"/> Bi-Wk <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year
Total Income \$ _____			

<b>B. Income Verification:</b> Please provide verification ( <i>send only copies, no original documentation</i> ) for all sources of household income (acceptable documentation listed below). Check attached documents:	
<input type="checkbox"/> Paycheck Remittance	<input type="checkbox"/> Employer Verification
<input type="checkbox"/> IRS Form W-2	<input type="checkbox"/> Tax Return
<input type="checkbox"/> Bank Statements	<input type="checkbox"/> Other (describe below)
<input type="checkbox"/> Governmental Assistance (food stamps, CDIC, Medicaid, TANF)	
<input type="checkbox"/> Social Security, Workers Compensation or Unemployment Compensation Determination Letters	
If you are unable to provide one of the sources of income documentation listed above, please explain why this information is not available: _____	

<b>C. Family Members:</b> Please provide the total number of people in the patient's household. _____ (This number should only include the patient, patient's spouse, and the patients' dependents)
--

<b>D. Assets and Other Resources:</b>	
Do you have any assets or other resources available to you? (Examples include savings accounts, trusts, stocks, bonds, retirement accounts, mutual funds, etc.)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, current amount available: \$ _____
Do you have medical insurance?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, please list provider name: _____
Do you have a Health Savings Account or Flexible Spending Account?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, current amount available: \$ _____

I understand Touchstone Medical Imaging ("TMI") may verify the financial information contained in this Financial Assistance Application ("Application") in connection with evaluation of this Application, and by my signature hereby authorize my employer or any individual listed on this Application to verify or provide additional details with respect to the information provided in this Application. I certify that the statements made in this Application are true and correct, to the best of my knowledge and belief, and are made in good faith. I am aware that falsification or misrepresentation of information on this Application may result in denial of financial assistance.

Signature of Patient or Responsible Party _____	Printed Name _____	Date _____
---	--------------------	------------

<b>For Office Use Only</b>	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by TMI Employee in person or over the phone, no patient signature required.	
Electronic Signature of TMI Employee or TMI Representative _____	Date _____
<b>Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:</b> _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program Program Name _____	



Anexo C

**Pautas de descuentos por  
elegibilidad para ayuda  
financiera**

**Efectivo a partir del 07/01/2016**

**Basadas en las Pautas federales de pobreza emitidas el  
22 de enero de 2015**

**Programa A**

<b>Clasificación de Financieramente indigente</b>	
Cantidad de personas en el hogar	200%
1	23,540
2	31,860
3	40,180
4	48,500
5	56,820
6	65,140
7	73,460
8	81,780
Descuento	100% del saldo adeudado

**Programa B**

<b>Clasificación de Medicamento indigente</b>	
El saldo adeudado debe ser igual o superior al 5% del ingreso anual del paciente para su elegibilidad.	
Cantidad de personas en el hogar	Hasta un 500%
1	58,850
2	79,650
3	100,450
4	121,250
5	142,050
6	162,850
7	183,650
8	204,450
Descuento	95% del saldo adeudado