

**HMH Financial Assistance  
Determination Calculator and Approval**

HMH Financial Assistance Policy for Walker County Indigent Care and Charity Care– Attachment D

Patient Name: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_

Admission Date: \_\_\_\_\_ Discharge Date: \_\_\_\_\_

Total Current Billed Charges: Meditech/Parallon: \_\_\_\_\_ Athena: \_\_\_\_\_

*\*Note: Attach Account Overview from Meditech/Parallon and Athena for all accounts with unpaid balances.*

**Patient Interview/Required Documentation Summary:**

Family Size: \_\_\_\_\_ Annual Income: \_\_\_\_\_ % FPL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 0-50% Walker County = Indigent Care/County Program

\_\_\_\_\_ 51-200% Charity Care \_\_\_\_\_ 51-200% and Out of County = Charity Care

**Documentation Provided/Attached:**

1. \_\_\_\_\_ IRS Form, W-2, Wage and Earnings Statement, or Tax Return
2. \_\_\_\_\_ Paycheck Remittance, or Bank Statement Confirming Direct Deposit
3. \_\_\_\_\_ Social Security, Work Comp, or Unemployment Letter, Other Government Benefit
4. \_\_\_\_\_ Telephone Verification by Employer
5. \_\_\_\_\_ Written/Verbal Attestation (Patient signed Application, Attesting to Documented Income)
6. \_\_\_\_\_ Unable to Obtain Documentation (Patient Deceased)/Other

**Credit Profile:**

Credit Score: \_\_\_\_\_ Capacity to Pay: \_\_\_\_\_ Est Annual Income: \_\_\_\_\_ Calculated FPL%: \_\_\_\_\_

**Applicable Exceptions:**

1. \_\_\_\_\_ Healthcare Plan Cost Exceeds 8% of Total Annual Income or Marketplace Certificate of Hardship  
Total Income: \_\_\_\_\_ HIX Cost: \_\_\_\_\_ % of Income: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Household Income is Below Minimum Threshold for Filing Income Tax  
Total Income: \_\_\_\_\_ Minimum Threshold: \_\_\_\_\_

**Other Circumstances (Charity NOT Approved):**

1. \_\_\_\_\_ Living in the US Illegally
2. \_\_\_\_\_ Member of a Recognized Indian Tribe
3. \_\_\_\_\_ Religion Opposes Insurance Benefits/Other: \_\_\_\_\_

**Approvals (if estimated charges known in advance; authority levels will be applicable):**

Prepared by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Authority Level, Manager - Balances <\$10K)

Approved by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Authority Level, Director - Balances <\$50K; CFO – Balances <\$100K)

**Asistencia financiera de HMH**  
**Calculadora de determinación y aprobación**

Política de asistencia financiera de HMH para la atención indigente del condado de Walker y atención benéfica– Anexo D

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Cargos facturados actuales totales: Meditech/Parallon: \_\_\_\_\_

*\*Nota: Adjunte información general de la cuenta de Meditech/Parallon y Athena para todas las cuentas con saldos impagados.*

**Resumen de la entrevista del paciente/documentación requerida:**

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Ingreso anual: \_\_\_\_\_ % FPL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 0-50% Condado de Walker = Atención Indigente/Programa del Condado

\_\_\_\_\_ 51-200% Charity Care \_\_\_\_\_ 51-200% y Fuera del Condado = Charity Care

**Documentación proporcionada/adjunta:**

1. \_\_\_\_\_ Formulario IRS, W-2, Declaración de Salarios y Ganancias, o Declaración de Impuestos
2. \_\_\_\_\_ Remesa de cheques de pago, o extracto bancario que confirma el depósito directo
3. \_\_\_\_\_ Seguro Social. Composición de trabajo, o carta de desempleo, otros beneficios del gobierno
4. \_\_\_\_\_ Verificación telefónica por empleador
5. \_\_\_\_\_ Certificación escrita/verbal (Solicitud firmada por el paciente, atestiguando ingresos documentados)
6. \_\_\_\_\_ No se puede obtener documentación (paciente fallecido)/Otros

**Perfil de crédito:**

Puntuación de crédito: \_\_\_\_\_ Capacidad de pago: \_\_\_\_\_ Est Ingresos Anuales: \_\_\_\_\_ FPL calculado%: \_\_\_\_\_

**Excepciones aplicables:**

1. \_\_\_\_\_ El costo del plan de salud supera el 8% del total de ingresos anuales o certificado de mercado de dificultades  
Ingresos totales: \_\_\_\_\_ HIX Costo: \_\_\_\_\_ % de ingresos: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Los ingresos de los hogares están por debajo del umbral mínimo para la presentación del Impuesto Sobre la Renta  
Ingreso total: Umbral mínimo \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Otras circunstancias (caridad NO aprobada):**

1. \_\_\_\_\_ Vivir en los EE.UU. ilegalmente
2. \_\_\_\_\_ Miembro de una tribu india reconocida
3. La religión se opone a los beneficios del seguro/otros: \_\_\_\_\_

**Aprobaciones (si se conocen cargos estimados por adelantado; los niveles de autoridad serán aplicables):**

**Preparado por:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_ **Aprobado por:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_  
(Nivel de autoridad, Gerente - Saldos <\$10K)

**Aprobado por:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_  
(Nivel de autoridad, Director - Saldos <\$50K; CFO – Saldos <\$100K)

