



1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806
321.843.7000

orlandohealth.com

1 de marzo de 2013

El 1 de enero de 2009, se enmendó el decreto 395.301 de Florida para incluir disposiciones sobre el acceso del consumidor a la información médica. Los cambios exigen que los hospitales ofrezcan información a las personas no aseguradas sobre las políticas de descuentos y asistencia de cuidado comunitario. La siguiente información corresponde a las políticas de descuento y asistencia de cuidado comunitario de Orlando Health para los pacientes no asegurados.

I. Tarifa descontada para pacientes no asegurados

- A. La política de Orlando Health es aplicar un descuento de sesenta y cinco por ciento (65%) a los cargos por los servicios hospitalarios proporcionados a pacientes no asegurados.
- B. En Orlando Health, la definición de paciente no asegurado es un paciente sin cobertura de seguro médico de ningún tipo.

II. Procedimiento de asistencia de cuidado comunitario

- A. La política de Orlando Health es evaluar la capacidad de pago de todos los pacientes no asegurados y ofrecer asistencia de cuidado comunitario a las personas que reúnen ciertos requisitos.
- B. Para reunir los requisitos de asistencia de cuidado comunitario según los procedimientos de Orlando Health, se requiere lo siguiente:
 - i. Los garantes deben completar una solicitud de declaración financiera con información detallada sobre sus ingresos y gastos durante los doce (12) meses previos a la visita al hospital.
 - ii. Se revisará que la información proporcionada en la solicitud de declaración financiera esté completa. Se puede solicitar que el garante proporcione documentación de respaldo.
 - iii. Si la solicitud de declaración financiera aprobada y documentos de respaldo reflejan un ingreso máximo de 200% del nivel de pobreza federal actual para el tamaño de familia correspondiente, se considerará que la cuenta reúne completamente los requisitos de asistencia de cuidado comunitario.
 - iv. Si la solicitud de declaración financiera aprobada y documentos de respaldo reflejan un ingreso de entre 200% y 400% del nivel de pobreza federal actual para el tamaño de familia correspondiente, se aplicará una escala variable y se considerará que la cuenta reúne los requisitos para asistencia parcial de cuidado comunitario.
- C. Si en virtud de una conciliación o veredicto usted recupera fondos para pagar parcial o totalmente sus cuentas médicas, Orlando Health se reserva el derecho de solicitar el pago de los cargos totales.

III. Procedimiento de apelación de asistencia de cuidado comunitario

- A. La política de Orlando Health es realizar una revisión adicional de la capacidad de pago del paciente no asegurado a solicitud del garante.

Por favor dirija sus preguntas y consultas sobre esta información a to R-TRCC@orlandohealth.com o llame a nuestra Oficina de Contabilidad del Paciente al 407-650-3800.



1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806
321.843.7000

orlandohealth.com

Cómo solicitar cuidado comunitario:

1. Nuestra revisión de cuenta para el Programa de asistencia de cuidado comunitario de Orlando Health requiere que llene el formulario 4506-T y la Solicitud de declaración de garante financiero (GFSA).
2. Usaremos esta información para evaluar sus recursos financieros actuales y determinar si puede beneficiarse de alguna asistencia.
3. Por favor imprima y llene el formulario 4506-T y la solicitud GFSA, y traígalos a su próxima cita.
4. El proceso de revisión puede tomar hasta 12 semanas posteriores a la fecha en que recibamos los formularios.
5. Usted es responsable de todos los cargos hasta que se llegue a una determinación.
6. Si tiene preguntas, no dude en enviarnos un email [at R-TRCC@orlandohealth.com](mailto:R-TRCC@orlandohealth.com) o llamarnos al 407.650.3800.

Por favor dirija sus preguntas y consultas sobre esta información a:

R-TRCC@orlandohealth.com o llame a nuestra oficina de Contabilidad del Paciente al 407-650-3800.

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

► **No se tramitará la solicitud si el formulario está incompleto o ilegible.**

Consejo. Use el Formulario 4506T-EZ(SP) para solicitar sin costo alguno un trasunto de la declaración de impuestos de la serie de Formularios 1040, o puede solicitar los trasuntos rápidamente utilizando nuestras herramientas de servicio de autoayuda. Visítenos en el sitio web www.irs.gov/espanol y pulse sobre el enlace "Ordenar Transcripción" o llame al 1-800-908-9946.

<p>1a Nombre, tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, anote el nombre que aparece primero.</p>	<p>1b Número de Seguro Social o número de identificación de contribuyente individual que aparece primero en la declaración de impuestos</p>
<p>2a Si presentó una declaración conjunta, anote el nombre de su cónyuge, tal como aparece en la declaración de impuestos.</p>	<p>2b Número de Seguro Social secundario o número de identificación de contribuyente individual, si presentó una declaración de impuestos conjunta</p>

3 Nombre, dirección (incluyendo núm. de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal (ZIP) actual (vea las instrucciones)

4 Dirección previa, tal como aparece en la última declaración presentada, si es diferente a la que aparece en la línea **3** (vea las instrucciones)

5 Si se va a enviar el trasunto a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), anote el nombre, dirección y número telefónico del tercero. El IRS no tiene control sobre qué acción tomará el tercero con la información tributaria.

<p>Nombre del tercero</p> <p>Orlando Health Attn: TRCC 3090 Caruso Ct, Ste 20, Orlando, FL 32806</p> <p>Dirección (incluyendo núm. de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal (ZIP)</p>	<p>Número de teléfono</p>
--	---------------------------

Precaución. Si el trasunto de impuestos se va a enviar por correo a un tercero, asegúrese de haber completado la línea **6** antes de firmar este formulario. Firme y feche el formulario una vez que haya completado esta línea. El completar este paso ayuda a proteger su confidencialidad. Una vez que el IRS divulgue el trasunto del IRS al tercero identificado en la línea **5**, el IRS no tiene control sobre qué acción toma el tercero con la información. Si usted desea limitar la autoridad del tercero de divulgar la información sobre el trasunto suyo, usted puede indicar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero.

6 Año(s) solicitado(s). Anote el(los) año(s) por el(los) cual(es) solicita el trasunto de la declaración (por ejemplo, "2008"). La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

2010
2011
2012

Marque este recuadro si usted le ha notificado al IRS o si el IRS le ha notificado que uno de los años de los cuales usted solicita un trasunto involucró **robo de identidad** en su declaración de impuestos federales.

Nota: Si el IRS no puede localizar la declaración que concuerda con la información de identidad del contribuyente indicada anteriormente o si los registros del IRS indican que la declaración no ha sido presentada, el IRS podría notificarle a usted o al tercero que no se pudo localizar la declaración de impuestos, o que una declaración no fue presentada, lo que corresponda.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas correspondientes hayan sido completadas.

Firma(s) del(de los) contribuyente(s). Yo declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea **1a** o **2a**. Si la solicitud corresponde a una declaración conjunta, **cualquiera**, esposo o esposa, tiene que firmar. **Nota:** Si se va a enviar un trasunto a un tercero, este formulario tiene que recibirse dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma.

<p>Firme Aquí</p>	<p>► Firma (vea las instrucciones)</p>	<p>Fecha</p>	<p>Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea 1a o 2a</p>
<p>► Firma del cónyuge</p>	<p>Fecha</p>		

Las secciones a las cuales se hace referencia corresponden al Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique lo contrario.

Qué Hay de Nuevo. El IRS ha creado una página en *IRS.gov* que provee información sobre el Formulario 4506T-EZ(SP) en <http://www.irs.gov/form4506>, en inglés. Cualquier información relacionada con todo acontecimiento reciente que afecte el Formulario 4506T-EZ(SP) (o el Formulario 4506T-EZ, en inglés), tal como legislación promulgada luego de que el formulario se imprimió, será publicada en esa página.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas correspondientes hayan sido completadas.

Propósito del formulario. Las personas pueden usar el Formulario 4506T-EZ(SP) para solicitar un trasunto de la declaración de impuestos, el cual incluye la mayoría de las líneas de la declaración de impuestos original, para el año actual y los últimos 3 años. El trasunto de la declaración de impuestos no le mostrará los pagos realizados, cargos adicionales sobre multas impuestas ni ajustes realizados a la declaración presentada originalmente. Además, en la línea 5 puede designar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria) para recibir un trasunto. El Formulario 4506T-EZ(SP) no puede ser utilizado por contribuyentes que presentan un Formulario 1040 basado en un año tributario que comienza en un año calendario y termina en el año siguiente (año tributario fiscal). Los contribuyentes que se basan en un año tributario fiscal tienen que presentar el Formulario 4506-T, *Request for Transcript of Tax Return* (Solicitud para un trasunto de una declaración de impuestos), en inglés, para solicitar un trasunto de la declaración.

Use el Formulario 4506-T, en inglés, para solicitar trasuntos de la declaración de impuestos, información de la cuenta de impuestos, información del Formulario W-2, información del Formulario 1099, verificación de que no se ha presentado una declaración y un resumen de la cuenta.

Solicitud automatizada para obtener trasuntos. Usted puede solicitar los trasuntos rápidamente utilizando nuestras herramientas de servicio de autoayuda. Visítenos en el sitio web www.irs.gov/espanol y pulse sobre el enlace "Ordenar Transcripción", o llame al 1-800-908-9946.

Dónde se presenta el formulario. Envíe el Formulario 4506T-EZ(SP) por fax al (512) 460-2272 o por correo a la siguiente dirección:

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301

Línea 1b. Anote su número de identificación del empleador (*EIN*, por sus siglas en inglés) si su solicitud está relacionada con una declaración de impuestos de un negocio. De lo contrario, escriba el número de Seguro Social (*SSN*, por sus siglas en inglés) o número de identificación personal del contribuyente (*ITIN*, por sus siglas en inglés) que aparece primero en la declaración. Por ejemplo, si está solicitando el Formulario 1040 que incluye el Anexo C (Formulario 1040), escriba su número de Seguro Social.

Línea 3. Anote su dirección actual. Si utiliza un apartado postal (*P.O. Box*), inclúyalo en esta línea.

Línea 4. Si la dirección en la última declaración que presentó es diferente a la de la línea 3, anote aquí la dirección según se muestra en dicha declaración.

Nota: Si las direcciones en la línea 3 y línea 4 son diferentes y usted no ha cambiado la dirección con el IRS, presente el Formulario 8822, *Change of Address* (Cambio de dirección), en inglés.

Firma y fecha. El Formulario 4506T-EZ(SP) tiene que ser firmado y fechado por el contribuyente que aparece nombrado en la línea 1a o 2a. Si usted completó la línea 5 solicitando que se envíe la información a un tercero, el IRS tiene que recibir el Formulario 4506T-EZ(SP) dentro de 120 días a partir de la fecha en la que el contribuyente lo firmó, o éste será rechazado. Asegúrese de que todas las líneas correspondientes sean completadas antes de firmar el formulario.

Los trasuntos de declaraciones de impuestos que han sido presentadas conjuntamente pueden ser proporcionados a cualquiera de los cónyuges. Sólo se necesita una firma. Firme el Formulario 4506T-EZ(SP) utilizando el nombre exacto que apareció en la declaración original. Si cambió su nombre, firme también su nombre actual.

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para establecer su derecho de tener acceso a la información tributaria solicitada, según el Código de Impuestos Internos. Necesitamos esta información para identificar correctamente la información tributaria y responder a su solicitud. Si usted solicita un trasunto, las secciones 6103 y 6109 le requieren a usted que provea esta información, incluyendo su número de Seguro Social. Si usted no provee esta información, no podremos tramitar su solicitud. Si provee información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a multas.

Uso normal de la información incluye el divulgar esa información al Departamento de Justicia para casos de litigio civil y penal y a las ciudades, estados, el Distrito de Columbia y los territorios o estados libres asociados con los EE.UU. a fin de ayudarlos en administrar sus leyes tributarias. Además, podemos también divulgar dicha información a otros países según un tratado tributario, a agencias del gobierno federal y estatal para ejecutar las leyes penales federales no relacionadas con los impuestos, a agencias que ejecutan el cumplimiento de la ley federal y agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a proveer la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la administración de toda ley de Impuestos Internos. Por regla general, las declaraciones de impuestos y la información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103.

El tiempo que se necesita para completar y presentar el Formulario 4506T-EZ(SP) variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El promedio de tiempo que se estima para completar este formulario es el siguiente: **Aprender acerca de la ley o este formulario**, 6 min.; **Preparar el formulario**, 21 min.; y **Copiar, unir y enviar el formulario al IRS**, 20 min.

Si desea hacer cualquier comentario acerca de la exactitud de estos estimados de tiempo o si desea hacer cualquier sugerencia que ayude a que el Formulario 4506T-EZ(SP) sea más sencillo, por favor, envíenos los mismos. Puede escribirnos a:

Internal Revenue Service
Tax Products Coordinating Committee
SE:W:CAR:MP:T:T:SP
1111 Constitution Avenue NW, IR-6526
Washington, DC 20224

No envíe el formulario a esta dirección. En vez, vea **Dónde se presenta el formulario**, en esta página.

ORLANDO HEALTH

3090 Caruso Ct., Ste #20-Orlando, FL 32806, Attn: R-TRCC
Email: R-TRCC@orlandohealth.com or phone 407.650.5007
Scan or Forward to: Central Business Office-MP #15

ED#:

DOB:

ATD:



SOLICITUD DEL ESTADO FINANCIERO DEL GARANTE

Llene este formulario con el garante de la cuenta. Cuando llene este formulario necesitamos tener la información sobre los siguientes ingresos:

- Si es casado también es necesario el ingreso del cónyuge.
- Si es menor de edad (menor de 18 años) necesita el ingreso de los padres.
- Si es mayor de 18 años y soltero sólo necesita el ingreso del garante.

Nombre del paciente: _____

N° de MR del paciente: _____

N° de cuenta del paciente: _____

Estatus de Medicaid: _____

Estatus del Accidente: _____

Número de personas en la familia: _____

Ingreso de la familia, si aplica, debe incluir salarios, propinas, desempleo, manutención de niños, pensión alimenticia, SSI (Ingresos del Seguro Social), ingresos por intereses, regalos, dividendos, pulmón negro, pensiones, compensaciones por accidentes de trabajo, contribuciones, ganancias por lotería, etc.

INFORMACION DEL GARANTE:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _ _ _ _ N° de SS: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Gastos Mensuales del Garante:

Alquiler/hipoteca: _____

Auto/transportación: _____

Tarjetas de crédito /Préstamos: _____

Servicios públicos: _____

Comida: _____

Teléfonos: _____

Otros gastos: _____

Total: _____

Ingreso Actual:

Ingreso mensual del garante: _____

Ingreso mensual del cónyuge: + _____

Otro ingreso familiar: + _____

Ingreso familiar mensual total: = _____

Número de meses trabajados en los últimos doce meses: x _____

Ingreso familiar total en los últimos doce meses: = \$ _____

Comentarios: _____

CERTIFICACION DE INGRESOS

***** Debe llenar todos los espacios en blanco*****

Yo, _____ certifico que el ingreso de mi familia por los últimos doce (12) meses ha sido de \$ _____ y que hay _____ personas en mi familia. Doy fe de que toda la información arriba declarada es correcta y verdadera y reconozco que el proporcionar información falsa en este formulario puede invalidar cualquiera o toda la ayuda financiera para la que yo pueda ser considerado o que reciba. De acuerdo al Estatuto 817.50 de la Florida, el proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con la finalidad de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado y doy fe que la información antes proporcionada es exacta.

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Garante

Fecha

Garante Rechazó:

Con mi firma aquí, yo entiendo que para esta visita no voy a ser considerado para asistencia económica para esta visita y que no puedo aplicar más tarde.

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Garante

Fecha