

RIVER BEND HOSPITAL

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

VISIÓN GENERAL

El Hospital se compromete a ofrecer asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no pueden pagar por los servicios. Usted podría ser elegible para recibir asistencia financiera si no tiene seguro, tiene seguro insuficiente, no es elegible para un programa gubernamental o no califica para asistencia gubernamental (por ejemplo, Medicare o Medicaid). El Hospital se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas no les impida buscar o recibir atención médica.

DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Usted podría ser elegible para recibir asistencia financiera si no tiene seguro, tiene seguro insuficiente o si pagar el total de los gastos de su bolsillo por los servicios del Hospital representaría una dificultad económica.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

La asistencia financiera generalmente se determina según el ingreso total del hogar basado en el Nivel Federal de Pobreza (FPL). Si el ingreso combinado de su hogar es igual o inferior al 250% de las guías federales de pobreza, podría calificar para atención con descuento.

A ninguna persona elegible para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que a las personas que tienen seguro. Si usted tiene cobertura de seguro o activos disponibles para pagar su atención, es posible que no sea elegible para asistencia financiera.

DÓNDE ENCONTRAR INFORMACIÓN

Puede obtener más información o solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera y del formulario de solicitud de las siguientes maneras:

- En línea: <https://www.riverbendhospital.com/financial-information>
- Por correo: 2900 N. River Rd, West Lafayette, IN 47906
- Por teléfono: 765-464-0400

DISPONIBILIDAD DE TRADUCCIONES

La Política de Asistencia Financiera, el formulario de solicitud y este resumen están disponibles en inglés y español. El Hospital puede brindar asistencia mediante un intérprete bilingüe calificado si se solicita.

CÓMO SOLICITAR

El proceso de solicitud implica completar el formulario de asistencia financiera y enviarlo junto con los documentos de respaldo al Hospital para su procesamiento. También puede solicitar en persona visitando el Hospital en la dirección que aparece a continuación.

Las solicitudes deben enviarse a:

River Bend Hospital
2900 N. River Rd
West Lafayette, IN 47906

CONTACTO

Para más información o servicios de traducción, llame al 765-464-0400

Revisado: abril de 2026