

ENCUESTA SOBRE CLIENTES CON DEUDAS MEDICAS

Gracias por sacar su tiempo para completar esta encuesta. Esta encuesta esta hecha para recopilar información sobre los problemas que afectan a las personas con deudas medicas en el área metropolitana y Worcester.

Las organizaciones sin fines de lucro Health Law Advocates, Inc y Health Care For All están trabajando en conjunto para ayudar a superar los problemas de endeudamiento que las personas tienen sobre cuidados médicos.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere mayor información, por favor visite las paginas Web www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org . También nos puede llamar al 617.338.5241 o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232. HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

Sus respuestas se mantendrán en completa confidencialidad.

A. Acerca de usted y los miembros de la familia

1. ¿Cual es su género?

- Hombre
 Mujer

2. ¿Cual es su edad?_____

3. ¿Que definición mejor le describe su etnia?

- Blanco Portugués Hispano
 Negro/Afro americano Asiático/ Islas pacificas Otro_____

4. Que idioma(s) usted habla, lee, escribe y entiende (revise todas a las que aplica)

- Portugués Español
 Ingles Otro, por favor especifique:_____

5. ¿Cuanto es el total de su ingreso (Antes de impuesto)?_____

6. ¿Cuántas personas (incluyéndose usted) hay en la familia?_____

7. ¿Cual es su situación laboral actualmente? (Revise todas a las que aplica)

- Tiempo Completo Medio tiempo(Cuantos trabajos)_____
 Trabajo temporal Trabaja temporalmente
 Trabaja por cuenta propia Estudiante Desempleado
 Otro, por favor describa_____

**¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241 o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

8. ¿Cual es su Código Postal?_____

B. Deuda Médica

9. ¿Usted o algún miembro de la familia tiene alguna deuda pendiente con alguno de los siguientes hospitales?
- St Vicent's Hospital/ Worcester Medical Center
 - Metro West Medical Center's Framingham Union Hospital
 - Metro West Medical Center's Outpatient Wellness Center in Framingham
 - Metro West Medical Center's Leonard Morse Hospital in Natick
 - No, no tengo ninguna deuda con ninguno de los hospitales mencionados arriba, pero si tengo deuda con:_____
 - No, no tengo deuda con ninguno de esos hospitales y no tengo deuda medica

Si ha dicho que si, que usted tiene deuda medica con algunos de esos hospitales, por favor complete toda la encuesta.

Si ha dicho que no, que no tiene deuda con ninguno de esos hospitales, usted no tiene que completar la encuesta. Gracias.

C. Seguro Medico

10. ¿Usted o alguno de los miembros de la familia nunca han ido al hospital por que tienen miedo del costo a pagar?
- Si
 - No
11. Si ha dicho que si, ¿que tratamiento necesita hacerse?_____
12. ¿Ha tenido seguro medico que cuando recibe algún tipo de tratamiento, el hospital ha tenido que mandarle a cobrar a usted, y usted no puede pagarlo?
- Si ha dicho que si, por favor complete la pregunta 13 y 15**
 - Si ha dicho que no, vaya a la pregunta 16 y 17**

Si, yo tenía seguro medico cuando fui tratado en el hospital:

13. ¿Que tipo de seguro medico usted tenía?
- Del patrón/ Unión
 - COBRA (Cobertura del trabajo pero ya no trabaja allí)
 - A través de su esposo(a), compañero o algún miembro familiar
 - Universidad/Facultad
 - Medicare
 - MassHealth
 - Commonwealth Care (**Por favor escoja una:** Fallon Community Health Plan, BMC Health Net Plan, Network Health Plan, Neighborhood Health Plan
 - Commonwealth Choice
 - Por mi propia cuenta, con un plan individual

¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web
www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241
o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

- j. Medical Security Plan (Desempleado)
- k. Health Safety Net/Uncompensated Care Pool/Free Care
- l. Otro _____

14. ¿Tenía algún tratamiento médico que no era cubierto por su seguro?
- a. Si ha respondido que si, por favor explique: _____
 - b. No
15. ¿Cuanto ha tenido que pagar de su bolsillo antes que su seguro medico pagase la cuenta completa?
- a. No tengo deducibles
 - b. \$5,000 o más
 - c. \$1,999
 - d. Otro _____
 - e. \$2,000-4,999
 - f. No se

Por favor vaya a la pregunta #18

No, yo no tenía seguro medico cuando fui tratado(a) en el hospital

16. ¿Por que no tenía seguro medico? (Encierre en un circulo todas las que apliquen)
- a. No pensé que lo necesitaba
 - b. No podía pagar el seguro medico
 - c. Mi patrono no me ofreció seguro medico
 - d. Mi patrono me ofrecía seguro medico pero yo no podía pagarlo
 - e. Mi patrono me ofrecía seguro medico pero yo no lo tome
 - f. Trabajo por mi propia cuenta y no puedo pagar mi plan medico
 - g. No envié la documentación requerida para MassHealth o para otro programa de seguro
 - h. Mi seguro medico fue cancelado y no lo sabía
 - i. Otro, por favor describa: _____
17. El hospital le dijo que tenía que pagar antes de darle tratamiento medico
- a. Si
 - b. No

Para las siguientes preguntas en esta encuesta, le estamos preguntando información sobre el hospital(es) las misma que usted encerró en un circulo en la pregunta #9 en la sección B “Deuda Medica”

D. Acerca de las cuentas medicas

18. ¿Cuanto dinero le debe al hospital (es) por los servicios médicos que le han prestado y no ha pagado?
- a. Menos de \$500
 - b. \$500 - \$1000
 - c. \$1,001-5,000
 - d. \$5,001-\$10,000
 - e. \$10,001-\$50,000
 - f. \$50,001 o más
 - g. otros: _____
19. ¿Le han negado alguna vez los servicios medico en un hospital por que usted tiene una deuda pendiente con ellos?
- a. Si
 - b. No

**¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241 o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**

E. Información Asistencial del Hospital

20. ¿Como se dio cuenta que su hospital puede ayudarle con su deuda médica?
- No sabía que el hospital pudiera ayudar con la deuda
 - Vi una nota pública en el hospital
 - Hable con el proveedor de salud en el hospital
 - Hable con el servicio de finanzas del hospital
 - Me llego una nota de la agencia de colección
 - Contacte a una organización no gubernamental que ayuda a las personas que tienen este tipo de problema
 - Otro, por favor describa: _____
21. ¿Cuando se dio cuenta que el hospital ofrece asistencia financiera?
- Antes de recibir tratamiento medico
 - Durante el tratamiento medico
 - Después que recibí tratamiento medico
 - Después que la cuenta del hospital se fue a colección
 - No sabía que el hospital ofrecía asistencia financiera
 - Otro: _____
22. Que tipo de asistencia financiera el hospital le ofreció (Encierre en un círculo todas las que aplican)
- Perdón de la deuda
 - Plan de pago
 - Preguntando por descuento de pago o descuento de cargo
 - Me dieron una aplicación para MassHealth
 - Me dieron una aplicación para Health Safety Net/Free Care
 - Me dieron una aplicación para caridad del hospital
 - Hablar con el consejero financiero del hospital
 - El hospital no me ofreció ninguna asistencia
 - No busque ayuda de parte del hospital, ¿por que no? _____
 - Otro, por favor describa: _____
23. ¿Si el hospital le dio una aplicación para su deuda, le ayudaron a llenarla?
- Si
 - No
24. Si hablo con el consejero financiero, que aprendió _____
En que idioma le hablaron _____
25. ¿Después que recibió ayuda, que tipo de ayuda financiera le fue aprobada? (En cierre en un circulo todas a las que aplica)
- Me hicieron una aplicación para MassHealth
 - Me hicieron una aplicación para “Health Safety Net/Free Care/Uncompensated Pool”
 - Me dieron cuidado caritativo del hospital
 - El hospital me perdono la deuda

¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web
www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241
o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

- e. Me pusieron en un plan de pago
- f. Otro: _____

26. ¿Cuándo el hospital le informó sobre la asistencia financiera, en qué idioma le informaron?
- a. Sí (Si respondió que sí, ¿en qué idioma le hablaron? En círculo todas las que aplican): * Inglés *Español *Portugués
 - b. No

F. Plan de pago del Hospital

27. ¿Si usted tiene un plan de pago del hospital, cómo lo obtuvo?
- a. El hospital me lo ofreció sin yo preguntar
 - b. Les pedí que me hicieran un plan de pago
 - c. No tengo un plan de pago del hospital (Por favor vaya a la pregunta #35)
28. ¿Si el hospital le ofreció un plan de pago, cuándo se lo ofreció?
- a. Antes de enviarme el cobro
 - b. Después de enviarme el cobro
 - c. Cuando llame preguntando por el cobro
 - d. Antes que mi cobro se fuera a colección
 - e. Después que mi cobro se fuera a colección
 - f. El hospital no me ofreció ningún plan de pago
 - g. Otro: _____
29. ¿Cuál era el total de la cuenta que usted originalmente debía en su plan de pago? _____
30. ¿Si el hospital le ofreció un plan de pago, cuál fue la cantidad mínima que le ofreció a pagar mensualmente?
- a. Menos de \$ 25 mensual
 - b. \$25 por mes
 - c. \$26-\$100 por mes
 - d. \$101-\$250 por mes
 - e. Más de \$250 por mes
 - f. Otro, por favor describa _____
31. ¿Por cuánto tiempo es/era su plan de pago?
- a. Un plan de pago de doce meses
 - b. Un plan de pago de cuatro meses
 - c. Otro, por favor describa _____
32. ¿El hospital le cobró intereses en su plan médico?
- a. Sí [Si contesto que sí, cuánto 0% * 1-3% *3.1-5% * 5.1-10% * Más del 10%]
 - b. No
 - c. No se

¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web
www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241
o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

33. ¿Si usted no puede mantener su plan de pago, que pasaría?
- a. Me recargarían los intereses
 - b. Tendría que pagar los intereses acumulados
 - c. Me pidieron pagar a largo plazo
 - d. Una cuenta escrita como mala paga
 - e. La cuenta fue enviada a la colección del hospital
 - f. La cuenta fue enviada a otra agencia de colección
 - g. He hecho todos mis pagos puntualmente
 - h. Otro, por favor describa _____
34. ¿Cuanto dinero debe usted **ahora** bajo el plan de pago? _____

G. Esfuerzo de Colección

35. ¿Alguna vez ha sido contactado por la agencia de colección por los cobros que no ha pagado del hospital?
- a. Si
 - b. No (Si respondió que no, por favor vaya a la sección G)
36. Si respondió que si, ¿cual fue la agencia del hospital o fuera del hospital que lo contacto?
- a. Personal del hospital
 - b. Una agencia que no es del hospital
 - c. Ambos
 - d. No se
37. ¿Que tipo de arreglo de pago le ofreció la agencia?
- a. Un plan de pago
 - b. Pagar en un solo pago la deuda
 - c. Reducir la deuda a pagar
 - d. Otro, por favor describa _____
38. Si usted no pudo hacer arreglo de pago, ¿que le dijo la agencia de pago que haría? (Encierre en un círculo todas las que aplican)
- a. Si tiene un carro y lo vende, el dinero ira a cubrir la deuda que tiene con el hospital
 - b. Si es dueño de una casa y la vende, el dinero ira a cubrir la deuda que tiene con el hospital
 - c. Congelarán mi salario
 - d. Reportarán mis cobros a las agencias financieras para dañar mi crédito
 - e. Fui acosado y presionado para hacer el pago
 - f. Otro, por favor describa _____

¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web
www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241
o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.

H. Información Básica

Gracias nuevamente por tomar su valioso tiempo para llenar esta encuesta. Esta sección es opcional. Si usted elige darnos su información personal para que lo contactemos, esta información se mantendrá completamente confidencial. Health Law Advocates y Health Care For All únicamente lo contactarán si usted da permiso.

Su información nos ayudara a saber cuantos consumidores viven en ciertas ciudades y pueblos. Usted nos esta ayudando a saber exactamente los servicios y programas que se necesitan en estas áreas, además de ayudarle de una forma más efectiva en sus necesidades.

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Calle/Dirección de correo: _____ Apt/Suite/Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Puede Health Law Advocates y Health Care For All contactarle directamente si hay un programa gratis y/o una organización de la cual usted pueda beneficiarse?

- Si
 No

Número telefónico: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Por favor escríbalo claramente)

**¿Tiene preguntas, quiere mayor información? Visite los sitios Web www.healthlawadvocates.org o www.hcfama.org Nos puede llamar también al 617.338.5241 o a nuestra Línea de ayuda 1-800-272-4232.
HLA/HCFA, 30 Winter Street, Suite 1004, Boston, MA 02108.**