



La coalición de Citizens Action Coalition Education Fund (CACEF) es el departamento de investigación y educación de Citizens Action Coalition (CAC), el cual es el grupo de protección para el consumidor más grande y más antiguo en el estado de Indiana. Tanto CAC como CACEF trabajan en conjunto para obtener tarifas de servicio público justas, cuidado médico accesible y un medio ambiente limpio.

CACEF está trabajando en un Proyecto de Responsabilidad Hospitalaria (HAP) en el condado de Marion. La meta del proyecto es asegurarse que los hospitales sin fines de lucro en la ciudad de Indianápolis ganen y merezcan las deducciones fiscales que reciben a cambio de proporcionar asistencia financiera a los ciudadanos sin seguros o con seguros insuficientes.

Sus respuestas a esta encuesta nos ayudarán a entender cómo las prácticas de los hospitales locales están afectando a individuos y familias en el condado de Marion. Si tiene algún problema con una cuenta hospitalaria, por favor complete la encuesta a continuación. Ningún dato personal proporcionado en esta encuesta será usado sin obtener su permiso previamente.

-
1. **¿Tiene seguro médico?** ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo: ¿Lo usa? ☐ Sí ☐ No
Si no usa su seguro, ¿por qué no?
☐ Co-pago demasiado alto ☐ Deducible demasiado alto ☐ No cubre lo que necesito
☐ Otro _____
 2. **¿Debe dinero a algún hospital?**
☐ Sí – ¿aproximadamente cuánto? _____
☐ No
 3. **¿A cuales hospitales debe dinero?**
☐ St. Vincent ☐ St. Francis
☐ Community Hospital ☐ IU Health
☐ Otro _____
 4. **¿Tenía seguro cuando recibió el tratamiento que resultó en la deuda?**
☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cubrió los gastos el seguro?
☐ Sí ☐ No
 5. **¿Alguna vez ha tenido problemas obteniendo tratamiento en un hospital?**
☐ Sí ¿Qué hospital? – favor de indicar todos que apliquen
☐ St. Vincent ☐ St. Francis
☐ Community Hospital ☐ IU Health
☐ Otro _____
 6. **¿Usted o algún familiar han decidido no ir al hospital por temor a lo que vaya a costar?**
☐ Sí ☐ No

7. ¿Pidió el hospital que usted pagara antes de recibir cuidado médico?

___ Sí ___ No

8. Mientras usted estaba en el hospital, ¿fue informado sobre lo siguiente? (indique todos lo que apliquen)

___ Planes de pago están disponibles

___ No fui informado de ningún programa ni ayuda

___ Cómo solicitar para Medicaid/Medicare u otro programa gubernamental

___ Una solicitud de Medicaid/Medicare u otro programa gubernamental

___ Costos reducidos para la gente sin seguros o sin seguros suficientes

___ Asistencia Financiera

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Estamos pidiendo esta información para ayudar con nuestra recopilación de datos.

Sexo: ___ Hombre ___ Mujer **Edad:** _____

Origen étnico:

___ Moreno/Afroamericano

___ Blanco/Caucásico

___ Hispano

___ Otro

Ingreso total para la familia (antes de impuestos): \$ _____

Estado de empleo actual:

___ Tiempo completo

___ Tiempo parcial (¿cuántos trabajos? ____)

___ Trabajo por mi propia cuenta

___ Sin trabajo

___ Estudiante

___ Jubilado

___ Otro (por favor describa) _____

Código Postal: _____

Otra parte de HAP incluirá reuniones comunitarias que proporcionarán información sobre las propuestas de reforma de cuidado de salud actuales y proporcionarán información y capacitación respecto a la abogacía para el consumidor y cómo manejar sus deudas. Además, formaremos equipos de ciudadanos que trabajarán juntos para mejorar las políticas hospitalarias.

Por favor, proporcione su información para que podamos invitarlo/a a estas reuniones.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono _____ **Otro número** _____

Correo electrónico _____

¿Hay otra manera para comunicarnos con usted? _____

Las encuestas llenadas pueden ser devueltas a la ubicación donde la recibió o enviadas a CACEF a la dirección indicada a continuación.

Citizens Action Coalition Education Fund
603 E. Washington St., Suite 502
Indianapolis, Indiana 46204
317-735-7744; lehlmbock@cacefindiana.org