



Política de asistencia financiera

Declaración de Objetivos:

Covenant Health se compromete a proporcionar servicios de salud de calidad medible en un ambiente amigable, que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes, médicos, empleadores, empleados y la comunidad. Es la filosofía expresa de Covenant Health que a nadie se debe negar la asistencia médica necesaria debido a la incapacidad de pagar. Junto con esta filosofía, el protocolo y los procedimientos de asistencia financiera proveerán orientación al personal del hospital para determinar la asistencia financiera.

Alcance:

Las entidades cubiertas bajo esta política son:

Parkwest Medical Center	Fort Sanders Regional Medical Center
Fort Loudoun Medical Center	LeConte Medical Center
Methodist Medical Center	Morristown - Hamblen Healthcare System
Roane Medical Center	Peninsula (una división de Parkwest)
Cumberland Medical Center	Claiborne Medical Center

Política:

Servicios Cubiertos

Toda la asistencia de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios, incluyendo la asistencia proporcionada en la institución por una entidad sustancialmente relacionada, serán elegibles para la caridad con las siguientes excepciones:

1. La porción de servicios actualmente cubierta por otros programas.
2. Aquellos servicios que habrían estado cubiertos por el seguro o por pagadores gubernamentales si la persona hubiera seguido los requisitos de la póliza aplicable.
3. Los servicios que no son médicamente necesarios, servicios en el Departamento de Emergencias que no son emergencia, servicios opcionales para pacientes hospitalizados, servicios opcionales ambulatorios y/o no cubiertos por aseguradoras de terceros (por ejemplo, cirugía estética, extracción de dientes en un establecimiento ambulatorio, etc.).

Elegibilidad para Evaluación

Los pacientes que son incapaces de pagar y han agotado todas las fuentes de asistencia de pago pueden ser evaluados para elegibilidad potencial en asistencia financiera. Además, los pacientes que hayan fallecido y donde la verificación de la sucesión revela que su patrimonio no cubre la deuda pendiente, son elegibles para asistencia financiera (ver Póliza de Covenant Health para Servicios Contables de Pacientes 3500.500 "Fallecido/Proceso de Verificación de Patrimonio Insuficiente). Para ser elegible para asistencia financiera, el paciente/garante debe diligenciar una divulgación financiera usando la Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital (**Anexo A**), salvo en los casos en que no se pueda localizar a sobrevivientes de un paciente fallecido (ver Procedimiento). Primero el paciente/garante debe cumplir con los criterios de ingresos tal como se indica en la póliza de asistencia financiera. Si el paciente/garante cumple la evaluación de ingresos para considerarlo para asistencia financiera, entonces la divulgación financiera del paciente/garante será evaluado para determinar si califica para asistencia financiera basado en sus activos/tenencias.

Ninguna persona elegible será cobrada más por una emergencia u otra asistencia médicamente necesaria que las cantidades generalmente facturadas (AGB) a personas aseguradas. El AGB se calcula utilizando el "Método de Revisión del Pasado" (Look back Method en inglés). Se realizará un cálculo del AGB de cada entidad usando el método de "revisión del pasado" por 12 meses de todos los que con excepción de Medicaid y Self Pay, para determinar los ajustes aplicables al porcentaje de descuento de AGB. El porcentaje AGB aplicable para cada instalación está publicado en la Póliza de Covenant Health sobre Tarifas Justas en Servicios Contables de Pacientes 3500.580, Tabla II. Esta póliza está disponible de manera gratuita si se comunica con Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd., Building C, Knoxville, TN, 37932, o por teléfono al 865-374-3000.

Limitaciones de Ingresos

Para calificar para asistencia financiera, el paciente/garante debe haber anticipado los ingresos anuales futuros, según se calcula bajo esta póliza, en o por debajo del 300% de las directrices sobre ingresos de pobreza, según lo establecido por el United States Department of Health and Human Services. Las directrices sobre ingresos de pobreza son las siguientes:

2021 HHS (United States Department of Health & Human Resources)			
Personas en la Unidad Familiar	48 Estados Contiguos y D.C.	Alaska	Hawaii
1	\$12,880.00	\$16,090.00	\$14,820.00
2	\$17,420.00	\$21,770.00	\$20,040.00
3	\$21,960.00	\$27,450.00	\$25,260.00
4	\$26,500.00	\$33,130.00	\$30,480.00
5	\$31,040.00	\$38,810.00	\$35,700.00
6	\$35,580.00	\$44,490.00	\$40,920.00
7	\$40,120.00	\$50,170.00	\$46,140.00
8	\$44,660.00	\$55,850.00	\$51,360.00
Por cada persona adicional sumar	\$4,540.00	\$5,680.00	\$5,220.00

El ingreso incluirá, pero no se limitará, al ingreso bruto ajustado más el ingreso por jubilación no tributable (es decir, el Seguro Social), manutención infantil, compensación por desempleo y pagos en especie (por ejemplo, uso de propiedades libre de alquiler).

El valor de los cupones de alimentos se excluirá del pago en especie. Además el 10% de los activos netos del paciente/garante, determinado por la reducción del valor de mercado de los activos menos cualquier deuda pendiente, se sumará a los ingresos para determinar el ingreso anual total (ver Limitaciones de Activos).

Limitaciones de Activos

Las directrices para determinar los activos incluyen, pero no se limitan a, vivienda primaria (y terreno adyacente), automóviles, activos líquidos, inversiones, terrenos agrícolas, propiedades empresariales, propiedades en alquiler, equipo agrícola y/o comercial incluyendo ganado y cultivos. Todos los bienes inmuebles se considerarán al valor justo de mercado. Los valores de los bienes inmuebles y personales serán reducidos por cualquier pasivo existente incurrido por el solicitante en la obtención de los activos (activos netos) con excepción de su vivienda principal. El valor del activo neto de la vivienda personal será la cantidad de capital por encima de \$100,000. La responsabilidad de terceros, existente o potencial, para con el paciente, el hospital o el garante por ley común, contrato, estatuto o por otro medio, se considerará un activo y deberá ser incluido en la solicitud de Asistencia Financiera para Hospital.

Fuentes Externas Utilizadas para la Evaluación

Los siguientes sitios web se utilizan en el procesamiento de la solicitud para asistencia financiera:

Kelley Blue Book – Usado para buscar el valor de los vehículos de propiedad del paciente.

<http://www.kbb.com/>

Accurint – Usado para buscar direcciones (Devolución de Correo) o Fecha de Fallecimiento

<https://secure.accurint.com/app/bps/main>

Los siguientes son ejemplos de sitios web utilizados para ubicar el valor correcto de las propiedades del solicitante si no proporcionan una copia de la evaluación fiscal del condado en el cual poseen propiedades.

Knox County Property Search

<http://tn-knox-assessor.publicaccessnow.com/PropertyLookup.aspx>

State of Tennessee Property Search

http://www.assessment.cot.tn.gov/RE_Assessment/

Sevier County Property Search

<http://www.seviercountyttn.org/property-assessor.html>

Roane County Property Search

<https://roanecountyttn.gov/officialsdepartments/assessor-of-property/>



Excepciones Catastróficas

En el caso de enfermedad catastrófica, las excepciones a las limitaciones de ingresos y activos pueden hacerse caso por caso. El monto considerado para caridad se basará en la evaluación de la capacidad de pago del paciente y/o garante de todo o un porcentaje de los cargos brutos teniendo en cuenta sus activos, pasivos, liquidez y capacidad de ganancias futuras.

Procedimiento

Tan pronto sea remitido de Pre-admisión y/o de Registro de Pacientes en Emergencias, al paciente se le asignará un Consejero Financiero. El Consejero Financiero comenzará una evaluación crediticia del paciente y/o su garante y trabajará con el personal apropiado del hospital y de la agencia para asegurar que todos los esfuerzos de cobertura se hayan agotado antes de considerar la Caridad del hospital. Si, como está estipulado en la póliza de asistencia financiera, se han agotado todas las fuentes de pago y el paciente/garante cumple con las limitaciones de ingresos/activos, se obtendrá una solicitud de asistencia financiera (ver Anexo A) para el paciente/garante por todo lo adeudado. **El paciente/garante también puede recibir una solicitud de caridad por una de las siguientes vías:**

- Obtener una solicitud en el área de registro en cualquier instalación de Covenant Health.
- Pedir que se le mande una solicitud por correo llamando al 865-374-3000.
- Pedir una solicitud por correo al Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd. Building C, Knoxville, TN, 37932.
- Descargar la solicitud a través del sitio web de Covenant Health: www.covenanthealth.com.

El paciente puede recibir ayuda para diligenciar la solicitud y presentar la documentación requerida comunicándose con la Oficina de Servicios Comerciales de Knoxville al 865-374-3000. Esta solicitud debe incluir la verificación de la información divulgada sobre ingresos y activos de los solicitantes, como se explica en el Anexo B.

Al finalizar el proceso de solicitud, será responsabilidad del Gerente de la Oficina o del Gerente de Recaudos revisar todas las solicitudes con el Consejero Financiero para recomendar el otorgamiento de asistencia financiera. Para procedimientos relacionados con descuentos no asegurados, consultar la Póliza de Covenant Health sobre Tarifas Justas en Servicios Contables de Pacientes 3500.580. Todos los solicitantes elegibles autorizados para caridad recibirán un descuento en la asistencia financiera en una escala móvil basada en la limitación de ingresos de la siguiente manera:

Ingreso Anual

Tamaño Familiar	Directrices Federales de Pobreza	200% de las Directrices de Pobreza	300% de las Directrices de Pobreza
1	\$12,880.00	\$25,760.00	\$38,640.00
2	\$17,420.00	\$34,840.00	\$52,260.00
3	\$21,960.00	\$43,920.00	\$65,880.00
4	\$26,500.00	\$53,000.00	\$79,500.00
5	\$31,040.00	\$62,080.00	\$93,120.00
6	\$35,580.00	\$71,160.00	\$106,740.00
7	\$40,120.00	\$80,240.00	\$120,360.00
8	\$44,660.00	\$89,320.00	\$133,980.00
Por cada persona adicional sumar	\$4,540.00	\$9,080.00	\$13,620.00

Monto a cargo del Paciente / Gasto de su propio bolsillo:

Porcentaje de Asistencia Financiera para las anteriores Categorías de Ingresos	
0 – 200% de las Directrices de Pobrezas	201 – 300% de las Directrices de Pobrezas
100.0%	90.0%

La asistencia financiera puede tomar la forma de que el hospital cancele parte o la totalidad del pago adeudado por los servicios cubiertos para pacientes elegibles. Antes de autorizar un descuento por asistencia financiera bajo la póliza de caridad del hospital, el Director/Gerente de la Oficina o el Gerente de Recaudo deberán obtener aprobación del Director Contable de Pacientes, Vicepresidente de Servicios Contables de Pacientes, el CFO de la institución, el CAO de la institución y del Vicepresidente ejecutivo/CFO de la siguiente manera:

MONTO DE LA PÉRDIDA

CARGO

\$0.00-	\$9,999.99	Gerente de Recaudo del Hospital y Dir. Contable de Pacientes
\$10,000.00-	\$49,999.99	Dir. Contable de Pacientes, Vicepresidente Ciclo de Ingresos y CFO de la institución
\$50,000.00-	en adelante	Dir. Contable de Pacientes, Vicepresidente Ciclo de Ingresos, CFO y CAO de la institución, Vicepresidente Ejecutivo/CFO



Una vez se haya otorgado la asistencia financiera a un paciente y se haya aplicado a la cuenta del mismo, la solicitud y la documentación de soporte serán escaneados y anexados a la carpeta financiera del paciente. La información financiera relacionada con la caridad otorgada y el saldo restante a cargo del paciente, si hay lugar a ello, se anotarán en el registro de facturación del "sistema" del paciente. Para todas las solicitudes denegadas, se aplicará una transacción financiera a la cuenta del paciente indicando su no elegibilidad.

Se enviará una carta de notificación al paciente informándole del resultado final de su solicitud para asistencia financiera.

- Puede encontrar una lista que especifica qué proveedores (además de la institución y los que brindan asistencia de emergencia y otra asistencia médicamente necesaria en la institución) están cubiertos por la póliza de Asistencia Financiera y cuáles no, en el sitio web de Covenant Health: www.covenanthealth.com; o se puede obtener pidiendo que se envíe una solicitud por correo llamando al 865-374-3000 o solicitando una aplicación por correo a Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd. Edificio C, Knoxville, TN, 37932.

Facturación y Recaudo

Si el paciente falla en diligenciar y enviar la solicitud y documentación requerida para ayuda financiera o si falla en concertar un acuerdo de pago establecido, se realizarán más esfuerzos de recaudo. Covenant Health no realizará ninguna acción de cobro extraordinaria antes de que realice esfuerzos razonables para determinar si una persona que tiene una factura impaga es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta póliza. Los esfuerzos razonables para determinar si la persona que tiene una factura sin pagar es elegible para recibir asistencia financiera incluyen una notificación a la persona de la póliza de asistencia financiera, contactar a las personas que han presentado solicitudes de asistencia financiera incompletas sobre cómo completar el FAP y permitir un período de tiempo razonable para hacerlo, y revisar las solicitudes de asistencia financiera completadas para determinar su elegibilidad para la asistencia financiera. Las medidas que Covenant Health puede tomar en caso de falta de pago y el proceso y los plazos para tomar estas acciones se describen más detalladamente en la Póliza de Deudas Incobrables de Pacientes de Covenant Health 3500.040. Puede obtener una copia gratuita de esta póliza llamando a la Oficina Comercial al 865-374-3000 o escribiendo a Knoxville Business Office Services, 1420 Centerpoint Blvd., Edificio C, Knoxville, TN, 37932.

Para efectos de esta póliza, las "acciones de cobro extraordinarias" (ECA) incluyen la notificación a las agencias de crédito y las acciones legales o judiciales que llevan al embargo de salarios. Covenant Health notificará al paciente la política de asistencia financiera antes de iniciar cualquier ECA y se abstiene de iniciar cualquier ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha del primer resumen de facturación posterior a la salida del hospital. Al menos 30 días antes de la ECA, Covenant Health proporcionará un aviso informando a la persona sobre una posible ECA si la persona no presenta o completa una solicitud de asistencia financiera o si paga la cantidad adeudada en el plazo especificado en la notificación. Dependiendo del monto en dólares especificado en la Póliza de Deudas Incobrables de Pacientes de Covenant Health 3500.040, el Director de la Oficina Comercial, el Vicepresidente de Servicios de Cuentas de Pacientes, el Director Financiero o el Presidente y el Director Administrativo tendrán la autoridad final para determinar si se han realizado todos los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de que se realice cualquier ECA.

Al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA, el hospital proporcionará a la persona una notificación por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles, identificando las ECA que el hospital pretende iniciar, e indicando una fecha límite después de la cual la ECA se iniciará que será de por lo menos 30 días después de la fecha de la notificación. Esta notificación incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP. También se harán esfuerzos razonables para notificar al paciente por teléfono o verbalmente de la FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud de la FAP. Todas las ECA se detendrán si se recibe una solicitud de asistencia financiera y se mantendrán en espera hasta que Covenant Health tome una decisión y la comunique por escrito a la parte responsable. Si se aprueba la solicitud de asistencia financiera, se revertirán todas las acciones tomadas sobre la cuenta y se reembolsará cualquier monto pagado por encima del monto requerido.

Covenant Health no vende cuentas por cobrar a empresas externas. Todas las cuentas siguen siendo propiedad de y bajo las políticas establecidas por Covenant Health.

Copias de las Políticas Mencionadas

Para copia de cualquier política mencionada dentro de ésta póliza, por favor llame al 865-374-3000 y haga su solicitud. Una copia le será enviada gratuitamente por correo a la dirección suministrada.

Referencias:

Federal Register / Vol. 86, No.19 / Monday, February 1, 2021 / pp. 7732 - 7734

Annual Update of the HHS Poverty Guidelines, available at <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

26 C.F.R. § 1.501(r)



Hospital Financial Assistance Application

Solicitud para Asistencia Financiera del Hospital

Fecha _____ Secretaria _____ Cuenta # _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección donde recibe el correo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
(si es diferente a su residencia)

Empleador Actual _____ Fecha de Empleo _____ Teléfono _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Salario Actual¹ _____ Número de Personas a su Cargo _____ Edades de las Personas _____
a su Cargo

Nombre del Cónyuge _____ Salario Actual _____ # Seguro Social _____

Empleador Actual _____ Fecha de Empleo _____ Teléfono _____

Otras Entradas de Dinero _____ ¿Ha solicitado usted Ayuda Estado/Federal? (Sí) _____ (No) _____

Si la respuesta es Sí, indique cuándo y tipo de ayuda _____

Gastos Mensuales: Renta/Hipoteca _____ Médicos _____ Comida/Servicios _____ Otros _____

<i>Lista de los Activos (Pertenencias)² (utilizar una hoja adicional si es necesario)</i>	<i>Valor Comercial</i>	<i>Actuales Deudas/Pasivo</i>	<i>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</i>
Cuentas Bancarias: Nombre del Banco: _____ Saldo en la cuenta de cheques: \$ _____ Saldo en la cuenta de Ahorros: \$ _____ Saldo en la cuenta de acciones y bonos: \$ _____		N/A	N/A
Vivienda Principal (si es propietario o la está comprando)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Automóviles Auto 1 Año/Marca/Modelo: _____ Auto 2 Año/Marca/Modelo: _____	\$ _____ \$ _____	\$ _____ \$ _____	\$ _____ \$ _____
Negocio & propiedad de renta o alquiler Nombre de las Propiedades: _____ Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Finca y otras propiedades de tierras Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Hospital Financial Assistance Application

<i>Lista de los Activos (Pertenencias)² (utilizar una hoja adicional si es necesario)</i>	<i>Valor Comercial</i>	<i>Actuales Deudas/Pasivo</i>	<i>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</i>
Equipo del Rancho y/o del negocio (incluyendo ganado y cosechas) Descripción de los Activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros Activos Descripción de los activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Reclamos o reclamos potenciales de terceros para buscar recuperar el pago total o una porción significativa de la cuenta hospitalaria.

Descripción del reclamo: _____

¹El método para determinar las entradas de dinero debe incluir, pero no está limitado a ingreso bruto ajustado más las entradas por jubilación (por ejemplo del Seguro Social), sostenimiento de un hijo ("child support"), compensación por desempleo y pagos "en especie" (utilización de la propiedad sin pagar renta o alquiler). El valor de las estampillas para comida ("food stamps") será excluido de la consideración de pagos "en especie."

²Las directrices para determinar los activos incluyen, pero no se limitan a, vivienda primaria (y terreno adyacente), automóviles, activos líquidos, inversiones, terrenos agrícolas, propiedades empresariales, propiedades en alquiler, equipo agrícola y/o comercial incluyendo ganado y cultivos. Todos los bienes inmuebles se considerarán al valor justo de mercado. Los valores de los bienes inmuebles y personales serán reducidos por cualquier pasivo existente incurrido por el solicitante en la obtención de los activos (activos netos) con excepción de su vivienda principal. El valor del activo neto de la vivienda personal será la cantidad de capital por encima de \$100,000. La responsabilidad de terceros, existente o potencial, para con el paciente, el hospital o el garante por ley común, contrato, estatuto o por otro medio, se considerará un activo y deberá ser incluido en la solicitud de Asistencia Financiera para Hospital.

Firma del Paciente/Fiador _____ Fecha _____

Someter Verificación de Entradas de Dinero y la Solicitud de Ayuda Financiera dentro de 10 Días Laborable

[Internal Office Use]	
ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION	
Recommending for Charity Care Adjustment _____ (yes) _____ (no) ¹	Amount: \$ _____
Basis of Charity Care Determination:	
Income/Asset Qualification: _____	Catastrophic Qualification: _____
¹ Notification to patient and transaction posting to patient account.	
[Approvals]	
Hospital Collections Manager _____	Date: _____
Director Patient Accounting _____	Date: _____
Chief Financial Officer _____	Date: _____
President and Chief Administrative Officer _____	Date: _____

INSTRUCCIONES

Proporcione la Solicitud de Asistencia Financiera completada y firmada, junto con la documentación de respaldo que se enumera a continuación, al Consejero Financiero que ha sido asignado a su caso. Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Negocios al 865-374-3000.

DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE REQUERIDA PARA ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

- Si está trabajando, adjunte dos (2) recibos de nómina de cada miembro adulto de la familia que esté empleado.
 - Si alguna de las partes trabaja como independiente, proporcione una copia de la declaración de impuestos más reciente, (Anexo C)
- Si está discapacitado o jubilado, proporcione verificación de los beneficios mensuales del Seguro Social. (Carta del Seguro Social o extracto bancario actual).
 - Si está recibiendo otros ingresos de jubilación, necesitamos verificación de los beneficios mensuales.
- Si no está empleado, necesitamos verificación de desempleo y copia de los últimos dos (2) recibos de nómina.
 - Si no se puede ubicar los últimos recibos de nómina, proporcione lo siguiente con respecto al último empleo: fecha de contratación, fecha de finalización y salario por hora.
 - Si no está empleado, suministre un estatus de poder volver al trabajo.
- Si no está trabajando ni recibe subsidio de desempleo, proporcione una carta notariada de la(s) persona(s) que brinda ayuda con los gastos de subsistencia.
- Si no hay alquiler/hipoteca y no hay una vivienda principal en la lista, proporcione una carta notariada de la(s) persona(s) que proporciona la vivienda.
- Si ha solicitado una discapacidad, proporcione una verificación de la presentación de la discapacidad.
- Si se le ha negado una discapacidad y está apelando, proporcione una verificación de la apelación.
- Si está recibiendo cupones de alimentos, proporcione verificación de cupones de alimentos. Los dependientes deben coincidir con los que figuran en la solicitud de caridad.
- Proporcionar una declaración de impuestos completa para el último año fiscal, incluidos todos los programas y formularios. (Tenga en cuenta que las personas que no reciben ingresos fuera de los beneficios del Seguro Social no deben presentar una declaración de impuestos). Si no puede encontrar su declaración de impuestos, puede solicitar una transcripción gratuita del IRS llamando al 1-800-908-9946.

INFORMACIÓN SOBRE DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS

- Los formularios W-2 deben coincidir con la inscripción registrada en la declaración de impuestos.
- Los dependientes que figuran en la declaración de impuestos deben coincidir con la entrada que aparece en la página principal de la solicitud de caridad.
- Si se incluyen deducciones detalladas, debe incluir una copia del Anexo A.
- En el Formulario 1040, si hay entradas en las líneas 8-18, debe incluir los soportes MISC 1099 o Formas (según corresponda).
- Si el paciente tiene un Anexo E, la propiedad de alquiler debe aparecer en la primera página de la Solicitud de Asistencia Financiera.
- Si el Anexo E indica algún ingreso de una Corporación "P" o "S", se debe incluir la declaración de impuestos comercial (Forma K-1).
- Si el paciente tiene una distribución del IRA, el valor de la inversión del IRA debe incluirse en la Solicitud de Asistencia Financiera.
- Si el estado civil es "casado que presenta una declaración por separado", debe incluir copias de ambos reembolsos.
- Tenga en cuenta que el formulario de autorización no es una declaración de impuestos. Debemos tener la declaración de impuestos oficial, que es el formulario 1040.