



TRAUMA STAR AIR AMBULANCE

Resident Fee Waiver Program



PLEASE READ THIS WAIVER IN ITS ENTIRETY TO ENSURE YOU COMPLETE IT CORRECTLY

If you are a resident and/or property owner of Monroe County, Florida, and you were transported by the **Trauma Star Air Ambulance**, you may be eligible for a waiver of out-of-pocket expenses related to Trauma Star transport fees.

On May 20, 2009, the Monroe County Board of County Commissioners passed Resolution #152-2009, which introduced a fee waiver program for qualifying Monroe County residents using Trauma Star. This waiver of out-of-pocket expenses is retroactive to November 4, 2008, the date of passage of the voter referendum. In July 2015, the Board of County Commissioners voted to extend this waiver program to all Monroe County property owners, regardless of residency, for all air transports on or after July 15, 2015. The fee waiver is not applicable to transportation by ground ambulance and is not applicable to transport by any other helicopter.

The County will continue to seek reimbursement from third-party payers, including but not limited to automobile insurance, legal settlements, healthcare insurance, Medicare, and Medicaid. For qualifying residents and/or property owners, the County Commission will waive any and all balances remaining after third-party payments and in those cases when the qualifying residents do not have third-party insurance.

To qualify for the waiver, the patient must provide the applicable documentation to the Monroe County Fire Rescue billing office for waiver consideration.

PROPERTY OWNERS or immediate members of their household:

Property tax bill showing that all taxes, including the Trauma Star tax, have been paid and are current.

RENTERS or immediate members of their household:

A copy of a long-term lease and/or utility bills for the address of tenancy at the time of the incident.

The term "immediate member of his or her household" means (a) residing at the same address as the property owner; and (b) son, daughter, father, mother, brother, sister, mother-in-law, father-in-law, uncle, aunt, nephew, niece, brother-in-law, sister-in-law, stepfather, stepmother, stepdaughter, stepson, half-brother, half-sister, grandchild, or domestic partner.

PATIENT NAME: _____

ADDRESS: _____

PHONE: _____ EMAIL _____

RUN NUMBER (FROM INVOICE): _____ DATE OF AIR TRANSPORT: _____

IF THE PATIENT IS NOT THE OWNER/RENTER, EXPLAIN RELATIONSHIP: _____

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

To qualify for the waiver, please provide the required documents along with this application form and submit in person or by mail to:

Monroe County Fire Rescue
Attn: Billing Office
490 63rd Street Ocean
Marathon, Florida 33050
Phone: (305) 289-6010
Email: billing@monroecounty-fl.gov

(FOR OFFICIAL USE ONLY)

DETERMINATION:

- APPROVED NOT APPROVED NEED ADDITIONAL INFORMATION

REVIEWED BY: _____ DATE: _____

PREPARED BY: _____ DATE: _____

Original Bill: _____ Payments: _____ Waiver Amount: _____



TRAUMA STAR AIR AMBULANCE

Programa de exención de cuotas para residents



POR FAVOR, LEA ESTA RENUNCIA EN SU TOTALIDAD PARA ASEGURARSE DE QUE COMPLETARLO CORRECTAMENTE

Si usted es residente y/o propietario del condado de Monroe, Florida, y fue transportado por la **Ambulancia Aérea Trauma Star**, puede ser elegible para una exención de gastos de bolsillo relacionados con las tarifas de transporte de Trauma Star.

El 20 de mayo de 2009, la Junta de Comisionados del Condado de Monroe aprobó la Resolución # 152-2009, que introdujo un programa de exención de tarifas para los residentes calificados del Condado de Monroe que usan Trauma Star. Esta exención de gastos de bolsillo es retroactiva al 4 de noviembre de 2008, fecha de aprobación del referéndum electoral. En julio de 2015, la Junta de Comisionados del Condado votó para extender este programa de exención a todos los propietarios del Condado de Monroe, independientemente de su residencia, para todos los transportes aéreos a partir del 15 de julio de 2015. La exención de tarifas no es aplicable al transporte en ambulancia terrestre y no es aplicable al transporte en ningún otro helicóptero.

El Condado continuará buscando el reembolso de terceros pagadores, incluidos, entre otros, seguros de automóviles, acuerdos legales, seguros de atención médica, Medicare y Medicaid. Para los residentes calificados y / o propietarios de propiedades, la Comisión del Condado renunciará a todos y cada uno de los saldos restantes después de los pagos de terceros y en aquellos casos en que los residentes calificados no tengan seguro de terceros.

Para calificar para la exención, el paciente debe proporcionar la documentación aplicable a la oficina de facturación del Cuerpo de Bomberos del Condado de Monroe para la consideración de la exención.

PROPIETARIOS o miembros inmediatos de su hogar:

Proyecto de ley de impuestos a la propiedad que muestra que todos los impuestos, incluido el impuesto Trauma Star, se han pagado y están actualizados.

INQUILINOS o miembros inmediatos de su hogar:

Una copia de un contrato de arrendamiento a largo plazo y/o facturas de servicios públicos para la dirección del arrendamiento en el momento del incidente.

El término "miembro inmediato de su hogar" significa a) residir en la misma dirección que el propietario de la propiedad; y (b) hijo, hija, padre, madre, hermano, hermana, suegra, suegro, tío, tía, sobrino, sobrina, cuñado, cuñada, padrastro, madrastra, hijastra, hijastro, medio hermano, media hermana, nieto o pareja doméstica.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
 NÚMERO DE EJECUCIÓN (DESDE FACTURA): _____ FECHA DEL TRANSPORTE AÉREO: _____
 SI EL PACIENTE NO ES EL PROPIETARIO/INQUILINO, EXPLIQUE LA RELACIÓN: _____
 FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Para calificar para la exención, por favor proporcione los documentos requeridos junto con este formulario de solicitud y envíelo en persona o por correo a:

Monroe County Fire Rescue
 Atención: Oficina de Facturación
 490 63rd Street Ocean
 Marathon, Florida 33050
 Teléfono: (305) 289-6010
 Correo electrónico: billing@monroecounty-fl.gov

(SÓLO PARA USO OFICIAL)

DETERMINACIÓN:

- APROBADO NO APROBADO NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL

REVISADO POR: _____ FECHA: _____

PREPARADO POR: _____ FECHA: _____

Proyecto de Ley Original: _____ Pagos: _____ Monto de la exención: _____