Formulario de Instrucciones para Solicitar Asistencia Financiera/Atención de Caridad

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también se llama Cuidado de Caridad) en Harbor Regional Health.

El estado de Washington le requiere a todos los hospitales que le provean asistencia financiera a personas o familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Puede que usted califique para recibir cuidado gratuito o cuidado de costo reducido basándose en el tamaño y los ingresos de su familia, aún si usted tiene seguro médico.

¿Qué cubre la asistencia financiera? El programa de asistencia financiera del Hospital cubre los apropiados servicios basados en el hospital que sean proporcionados por Harbor Regional Health al igual que servicios de clínicas provistos por Harbor Regional Health Medical Group dependiendo de su elegibilidad. Puede que la asistencia financiera no cubra todos los costos de salud, incluyendo servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud: Oficina de Consejeros Financieros de Harbor Regional Health 360-537-4182 Opción 2 o 1-855-459-5117 @ 915 Anderson Drive, Aberdeen, WA 98520.Usted puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo discapacidad y asistencia de idiomas.

Para que se pueda procesar su solicitud, usted debe:

- ☐ **Proveernos información sobre su familia**
  Escriba el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye a personas con parentesco por nacimiento, matrimonio, o adopción quienes viven juntos)
- ☐ **Proveernos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
  Esto puede incluir: talones de cheques, impuestos trimestrales, seguro social, etc.
- ☐ **Adjuntar información adicional si es necesario**
- ☐ **Firmar y fechar el formulario**

Llenar la solicitud y enviarla por correo o por fax con todos los documentos a: Harbor Regional Health, 915 Anderson Drive, Aberdeen WA., 98520. Solicitudes por Fax al 360-537-4177. Asegúrese de guardar una copia parasus archivos.

Para presentar en persona una solicitud que ya se haya llenado: Departamento de Cuentas de Pacientes de HRH entre las 8 y las 4:30.
Nosotros le notificaremos a usted la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si se aplican, en menos de 14 días a partir de cuando se reciba una solicitud de asistencia financiera, que se haya llenado e incluya la documentación de los ingresos.
Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos autoriza para hacer preguntas para confirmar la información y obligaciones financieras.

Nosotros queremos ayudarle. ¡Por favor presente su solicitud sin demora!
Puede que usted reciba cuentas hasta que recibamos su información.

Cuidado de Caridad/Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

Por favor llene toda la información completamente. Si no se aplica, escriba "NA." Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE REVISIÓN
¿Necesita usted un intérprete? □ **Sí** □ **No** *Si marcó Sí, escriba el idioma de preferencia:*
¿El paciente ha solicitado Medicaid? □ **Sí** □ **No** *Puede que se requiera que lo solicite antes de ser considerado para recibir asistencia financiera*
¿El paciente recibe asistencia pública del estado como TANF, Basic Food, o WIC? □ **Sí** □ **No**
¿El paciente actualmente es persona sin hogar? □ **Sí** □ **No**
¿La necesidad de cuidado médico del paciente es relacionada con un accidente de carro o una herida del trabajo? □ **Sí** □ **No**

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted va a calificar para recibir asistencia financiera, aún si la solicita.
- Una vez usted presente su solicitud, puede que revisemos toda la información y puede que pidamos información adicional o prueba de sus ingresos.
- En menos de 14 días después de cuando recibamos la solicitud que usted haya llenado junto con los documentos, le notificaremos si usted califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE			
Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido(s) del paciente
□ Masculino □ Femenino □ Otro (puede especificar_____)	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente (opcional*) **opcional, pero necesario para recibir asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal*
Persona responsable de pagar la cuenta _____	Relación con el paciente _____	Fecha de nacim. _____	Número de Seguro Social (opcional*) **opcional, pero necesario para recibir asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal*
Dirección postal _____ Ciudad Estado Código postal			Números(s) principal(es) ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Estatus laboral de la persona responsable de pagar la cuenta □ **Empleado** (Fecha cuando empezó:_____) □ **Desempleado** (cuánto lleva desempleado:_____) □ **Trabaja para sí mismo(a)** □ **Estudiante** □ **Discapacitado** □ **Retirado** □ **Otro** (_____)			

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Agregue a la lista a los miembros de la familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye a personas con parentesco por nacimiento, matrimonio, o adopción quienes viven juntos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA_____ *Adjunte una página adicional si la necesita*

Nombre	Fecha de nacim.	Relación con el paciente	Si tiene 18 o más años de edad: Nombre de empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 o más años de edad: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:
- Salarios - Desempleo - Trabajo para sí mismo(a) - Compensación de trabajadores - Discapacidad [*Disability*] - SSI - Manutención infantil y pensión de alimentos - Programas de estudio en trabajo (estudiantes) - Becas y asistencia financiera para estudiantes - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiros - Otro (*Por favor explique_____)*

INFORMACIÓN DE INGRESOS

***RECUERDE**: Usted debe incluir prueba de sus ingresos con la solicitud.*

Usted debe proveer información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos se requiere para determinar la asistencia financiera.
Todos los miembros de la familia que tengan 18 o más años de edad deben divulgar sus ingresos. Si usted no puede presentar documentos, usted puede presentar una declaración por escrito y firmada que describa sus ingresos. Por favor provea pruebas para todas las fuentes de ingresos identificadas.
Algunos ejemplos de pruebas de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- *3 meses* de talones de cheques recientes;
- La declaración de impuestos del último año, incluyendo anexos si se aplican;
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otras personas;
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con fondos del estado;
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación de desempleo.

Si usted no tiene pruebas de sus ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

Cuidado de Caridad/Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE GASTOS

Nosotros usamos esta información para poder entender mejor su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca $_____ Gastos médicos $_____

Primas de seguros $_____ Servicios públicos $_____

Otras deudas/gastos $_____(manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVOS

Puede que se use esta información si sus ingresos están por encima del 101% de los Parámetros Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta corriente
$_____

Saldo actual de la cuenta de ahorros
$_____

¿Su familia tiene otros activos/recursos?

Por favor marque todos los que se apliquen

□ Acciones □ Bonos □ 401K □ Cuenta(s) de Ahorros de Salud

□ Fideicomiso(s) □ Propiedad (con la excepción de la residencia primaria)

□ Dueño(s) de un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor adjunte una página adicional si hay alguna otra información sobre su situación financiera actual que usted quiera que nosotros sepamos, tal como una adversidad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos de temporada o de corto plazo, o una pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Yo entiendo que puede que Harbor Regional Health verifique información al revisar la información de crédito y al obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o calificar paraun plan de pagos.

Yo afirmo que la información de arriba es verdadera y es correcta según mi leal saber y entender. Yo entiendo que si se determina que la información financiera que he provisto es falsa, puede que dé como resultado la denegación de asistencia financiera, y puede que yo me deba hacer responsable y se espere que pague por los servicios provistos.

_____ _____

Firma de la persona que presenta la solicitud Date