

Instrucciones para completar la solicitud de Asistencia Financiera

Este es un formulario para solicitud de asistencia financiera de PeaceHealth (también conocido como cuidado de caridad).

PeaceHealth provee asistencia financiera según los requerimientos estatales y federales a personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para cuidado o atención gratis o de precio reducido basado en el tamaño su familia y nivel de ingresos, aun si tiene seguro de salud. Visite peacehealth.org para ver la política de asistencia financiera de PeaceHealth y obtener más información.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La ayuda financiera del hospital cubre servicios hospitalarios adecuados prestados por PeaceHealth dependiendo de su elegibilidad. La ayuda financiera puede no cubrir todos los costos de atención, incluyendo los servicios prestados por otros organismos.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud: Por favor, póngase en contacto con el servicio para clientes 877-202-3597. Usted puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo discapacidad o para asistencia en su lenguaje.

A fin de que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia
Provea el número de miembros de familia en su casa (familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Darnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de los impuestos y deducciones)
- Presentar documentación sobre el ingreso de la familia y declarar los activos
- Adjuntar información adicional si es necesario
- Firmar y fechar el formulario

Nota: No es necesario que usted provea un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si usted nos da su número de Seguridad Social nos ayudará a acelerar el trámite de su solicitud. Los números de seguro social se usan para verificar la información provista. Si usted no tiene un número de Seguro Social, por favor, marque "no aplicable" o "NA."

Envíe la solicitud completa junto con toda la documentación por correo a: PeaceHealth Patient Financial Services, 1115 SE 164th Ave. Dept 334 (FAP) Vancouver, WA 98683. **o por fax:** 360-729-3047. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para presentar su solicitud en persona: Por favor póngase en contacto con nuestro servicio para clientes y averigüe sobre el sitio de entrega más cercano. Llame al 877-202-3597.

Nosotros le notificaremos sobre la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si aplica en su caso, dentro de 14 días después de recibir la solicitud de asistencia financiera completa incluyendo la documentación de sus ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted da su consentimiento para que podamos realizar consultas necesarias para verificar la información y las obligaciones financieras.

Queremos ayudar. ¡Por favor, envíenos su solicitud con prontitud! Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.

Formulario para Asistencia Financiera de PeaceHealth - CONFIDENCIAL

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

VERIFICACIÓN PRELIMINAR

- ¿Necesita un intérprete? Sí No Si respondió Sí, liste el idioma preferido: _____
- ¿El paciente aplicó por Medicaid? Sí No Podría requerirse que aplique antes de ser considerado para asistencia financiera _____
- ¿Recibe el paciente servicios de asistencia pública del estado tales como TANF, alimentos básicos o WIC? Sí No
- ¿Está sin hogar el paciente actualmente? Sí No
- ¿Está relacionada a un accidente automovilístico o de trabajo la necesidad de atención médica del paciente? Sí No

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE

- No podemos garantizar que usted calificará para la asistencia financiera, aún si ha aplicado por esta.
- Una vez recibida la solicitud, nosotros podríamos verificar toda la información y solicitarle información adicional o pruebas de ingresos.
- Dentro de 14 días luego de recibir su solicitud y la documentación, le notificaremos si es elegible para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL/LA SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other May Specify: _____	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social (Opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Parentesco o vínculo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional)
Domicilio _____			Números principales de contacto (____) _____ (____) _____
Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico: _____

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura

- Con empleo** Fecha en que fue contratado: _____ **Desocupado** ¿Cuánto tiempo sin empleo?: _____
- Cuentapropista** **Estudiante** **Discapacitado** **Jubilado/pensionado** **Otra:** _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Liste los miembros de familia en su casa, incluyendo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos.

N° DE MIEMBROS DE FAMILIA _____

Utilice la sección de información adicional de la familia en la página 4 si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Si es mayor de 18 años nombre del empleador o la fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Total mensual de ingreso bruto (antes de impuestos):	¿También aplica por asistencia financiera?

Todos los ingresos de los adultos miembros de la familia deben ser declarados. Ejemplos de fuentes de ingresos: Sueldo ■ Seguro de desempleo ■ Trabajo por cuenta propia ■ Workers Comp ■ Discapacidad ■ SSI ■ Soporte infantil/conyugal ■ Trabajo para estudiantes ■ Pensión ■ Dividendos de plan de pensión ■ Otro Por favor explíquelo:

Formulario para Asistencia Financiera de PeaceHealth - CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

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

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es necesaria para determinar la ayuda financiera.

Todos los miembros de la familia de 18 años de edad o más deben revelar sus ingresos. Si usted no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito describiendo su ingreso. Por favor presente pruebas para cada fuente identificada de ingresos. Ejemplos de prueba de ingresos:

- Una forma "W-2" de declaración de retenciones, o
- Talones recibo de sueldo actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos a las ganancias del año pasado, incluyendo los anexos si aplica; o
- Declaración por escrito del empleador u otros (firmada); o
- Aviso de aprobación o negación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aviso de aprobación o negación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene ningún comprobante, o está sin ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN SOBRE BIENES ACTIVOS

Esta información puede usarse si su ingreso está por encima del 200% de la guía federal de pobreza.

Saldo de cuenta bancaria (corriente)

\$ _____

Saldo de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Tiene algunos otros bienes / activos su familia?

Por favor marque todo lo que aplica

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro de salud F. Fiduciarios
 Bienes raíces (excluyendo la vivienda primaria) Es propietario de un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor utilice la página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría dejarnos saber, tales como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales ocurridas.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que PeaceHealth puede verificar la información a través de informes de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera, o establecer planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que si se determina que la información que doy es ser falsa, el resultado será la negación de asistencia financiera, y yo seré responsable y deberé pagar por los servicios prestados.

Firma de la persona solicitante

Fecha

Formulario para Asistencia Financiera de PeaceHealth - *CONFIDENCIAL*

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA (SI ES NECESARIA)

Liste los miembros de familia en su casa, incluyendo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos.

Nº DE MIEMBROS DE FAMILIA _____

Utilice la sección de información adicional de la familia en la página 4 si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco (su relación con el paciente)	Si es mayor de 18 años nombre del empleador o la fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Total mensual de ingreso bruto (antes de impuestos):	¿También aplica por asistencia financiera?

Todos los ingresos de los adultos miembros de la familia deben ser declarados. Ejemplos de fuentes de ingresos:
 Sueldo ■ Seguro de desempleo ■ Trabajo por cuenta propia ■ Workers Comp ■ Discapacidad ■ SSI ■ Soporte infantil/conyugal ■ Trabajo para estudiantes ■ Pensión ■ Dividendos de plan de pensión ■ Otro *Por favor explíquelo:*

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, utilice esta sección si usted tiene otra información sobre su situación financiera actual que desea dejarnos conocer, tales como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales ocurridas.
