

# Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia económica

Esta es una solicitud para asistencia económica (también conocida como ayuda benéfica) de PeaceHealth.

PeaceHealth da asistencia económica, de acuerdo con los requisitos estatales y federales, a las personas y a las familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para recibir atención gratis o con descuento según el tamaño de su familia y los ingresos, incluso si tiene seguro médico. Para ver la Política de asistencia económica de PeaceHealth y más información, visite [peacehealth.org](http://peacehealth.org).

## ¿Qué cubre la asistencia económica?

La asistencia económica del hospital cubre los servicios de hospital apropiados que presta PeaceHealth, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia económica no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Comuníquese con Servicio al Cliente al (877) 202-3597. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y asistencia con el idioma.

## Para que su solicitud se procese, usted debe:

- Darnos información sobre su familia  
Complete el número de personas en su grupo familiar (la familia incluye a: las personas relacionadas por nacimiento, por matrimonio o adopción que viven juntas)
- Darnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y retenciones)
- Entregar la documentación de los ingresos familiares
- Adjuntar más información si fuera necesario
- Firmar y escribir la fecha en el formulario

**Nota: Usted no tiene que dar un número de Seguro Social para pedir la asistencia económica.** El número del Seguro Social nos ayudará a acelerar el proceso de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que recibimos. Si usted no tiene un número de Seguro Social, escriba "no aplica" o "NA".

**Envíe por correo, correo electrónico o fax la solicitud completa con todos los documentos a:** PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Email: [financialassistance@peacehealth.org](mailto:financialassistance@peacehealth.org) (360) 729-3047. Asegúrese de guardar una copia para su archivo.

**Para presentar su solicitud completa personalmente:** Comuníquese con Servicio al Cliente al (877) 202-3597 para conocer el lugar de entrega más cercano.

Le notificaremos la decisión final de elegibilidad y sus derechos de apelación, si aplican, en el plazo de 14 días calendario después de recibir la solicitud de asistencia económica completa, incluyendo la documentación de ingresos.

*Al presentar una solicitud de asistencia económica, usted da el consentimiento para que hagamos las preguntas necesarias para confirmar su información y obligaciones financieras.*

Queremos ayudarlo. ¡Presente su solicitud lo antes posible!  
Puede recibir facturas hasta que recibamos su información.



**Formulario de solicitud de ayuda económica de PeaceHealth - CONFIDENCIAL**  
 Responda todas las preguntas. Si no corresponde, escriba "N/C". Adjunte más páginas si es necesario.  
**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ÁNGELES, CA 90074-8632**

**INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN**

- ¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si respondió "Sí", mencione el idioma que prefiera: \_\_\_\_\_
- ¿Recibe el paciente servicios de ayuda pública del estado como Medicaid, TANF, Basic Food o WIC? (OPCIONAL)  Sí  No
- ¿Está el paciente actualmente sin casa?  Sí  No
- ¿La atención médica que el paciente necesita está relacionada con un accidente de auto o una lesión en el trabajo?  Sí  No

**IMPORTANTE**

- No podemos asegurar que usted calificará para recibir ayuda económica, aunque la pida.
- Cuando envíe la solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle más o pedirle comprobantes de ingresos.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE**

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifique:</i>	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	<i>Nota: No tiene que dar un número de Seguro Social para pedir ayuda económica</i>
Dirección de envío			Números de contacto principales
Ciudad	Estado	Código postal	_____) _____ _____) _____
			Dirección de correo electrónico:

- Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura
- Empleado** Fecha de contratación: \_\_\_\_\_  **Desempleado** Cuánto tiempo lleva desempleado: \_\_\_\_\_
- Autónomo**  **Estudiante**  **Discapacitado**  **Jubilado**  **Otro:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Complete la cantidad de personas en su grupo familiar, incluyendo usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, por matrimonio o por adopción que viven juntas. **TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ Si es necesario, use más papel.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: total de ingresos mensuales BRUTOS (antes de impuestos):	¿También está solicitando ayuda económica?

**Se deben revelar todos los ingresos de los familiares adultos y se debe incluir la prueba con la solicitud completada. Algunos ejemplos de fuentes de ingresos incluyen:**

- Salarios  Desempleo  Autónomo  Compensación de trabajadores  Discapacidad  SSI  Manutención de hijos/cónyuge  Programas de estudio y trabajo (estudiantes)  Pensión  Distribuciones de cuentas de jubilación  Otro *Explique:* \_\_\_\_\_

**MÁS INFORMACIÓN**

Use más páginas si quiere que sepamos más información sobre su situación económica actual, como una dificultad económica, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdida personal.

**ACUERDO DEL PACIENTE**

- Entiendo que PeaceHealth puede verificar mi información revisando la información de crédito y obteniéndola de otras fuentes para ayudar a determinar mi elegibilidad para recibir ayuda económica o planes de pago.
- Afirmo que la información de arriba es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que, si se determina que la información que di es falsa, el resultado será la denegación de ayuda económica y yo seré responsable de pagar los servicios prestados.
- Al presentar una solicitud de ayuda económica, usted da el consentimiento para que hagamos las preguntas necesarias para confirmar su información y obligaciones económicas.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que envía la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Comuníquese con Servicio al Cliente al 877-202-3597. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y ayuda con el idioma. Para ver la Política de ayuda económica de PeaceHealth y más información, visite [peacehealth.org](http://peacehealth.org).**

**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ÁNGELES, CA 90074-8632**