

Ayuda económica

Instrucciones del formulario de solicitud

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

PeaceHealth ofrece ayuda económica, según los requisitos estatales y federales, a las personas y familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para recibir atención gratis o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico.

Para ver la Política de ayuda económica de PeaceHealth y obtener más información, visite peacehealth.org.

¿Qué cubre la ayuda económica?

La ayuda económica del hospital cubre los servicios hospitalarios apropiados que presta PeaceHealth, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la ayuda 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. Podría obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y ayuda 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, matrimonio o adopción que viven juntas).
- Darnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y retenciones).
- Entregar la documentación de los ingresos familiares.
- Adjuntar más información si fuera necesaria.
- Firmar y escribir la fecha en el formulario.

Nota: No es necesario que dé su número de seguro social para solicitar ayuda económica. Si nos da su número de seguro social, esto 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.

Correo electrónico: financialassistance@peacehealth.org

Fax: (360) 729-3047. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para presentar su solicitud completa en persona: Comuníquese con Servicio al cliente al 877-202-3597 para conocer el lugar de entrega más cercano.

Lo informaremos de la decisión final de elegibilidad y sus derechos de apelación, si corresponde, en los 14 días calendario después de la recepción de la solicitud de ayuda económica completa, incluyendo la documentación de ingresos.

Presentando una solicitud de ayuda económica, nos da su consentimiento para que hagamos las investigaciones necesarias para confirmar sus obligaciones e información financiera.

Queremos ayudarlo. ¡Presente su solicitud lo antes posible! Podría 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	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
<input type="checkbox"/> Otro Especifique:		
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Nota: No tiene que dar un número de Seguro Social para pedir ayuda económica		
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		
<input type="checkbox"/> Empleado Fecha de contratación: <input type="checkbox"/> Desempleado Cuánto tiempo lleva desempleado:		
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> 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 888-898-1524. 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.

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