

Hospital de la Cuenca del Columbia/Medicina Familiar de la Cuenca del Columbia

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

Esta es una solicitud de asistencia financiera en el Hospital de la Cuenca de Columbia.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Es posible que califique para recibir atención gratuita o atención a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Puede encontrar una copia de la Política de Asistencia Financiera de Columbia Basin Hospital y las escalas móviles de tarifas en nuestro sitio web en www.columbiabasinhospital.org.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por Columbia Basin Hospital y Columbia Basin Family Medicine, según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: comuníquese con la Oficina de Negocios ubicada en el Edificio de Administración o llame al 509-717-5219. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia lingüística y por discapacidad.

Para que su solicitud sea procesada

- Proporcione información sobre su familia y**
Complete el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye a las personas parientes por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Proporcionarnos información sobre su ingreso mensual bruto o el de su familia y**
(ingresos antes de impuestos y deducciones)
- Proporcionar documentación de ingresos familiares, declarar bienes y**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firme y feche el formulario**

Nota: No es necesario que proporcione un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA".

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: Columbia Basin Hospital, Attn Business Services Dept. 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para enviar su solicitud completa en persona: La Oficina de Negocios de Columbia Basin Hospital está ubicada en el Edificio de Administración, 200 Nat Washington Way, Ephrata, WA 98823. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa que incluya documentación de ingresos.

Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que realicemos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud con prontitud!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos toda su información.

Hospital de la Cuenca del Columbia/Medicina Familiar de la Cuenca del Columbia

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

Por favor, rellene toda la información en su totalidad. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN SOBRE LA PROYECCIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No *En caso afirmativo, indique el idioma preferido:*

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No **Es necesario presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera**

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos Básicos o WIC? Sí No

¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar? Sí No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? Sí No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, incluso si lo solicita.
- Una vez que envíe su solicitud completa, revisaremos la información y es posible que le pidamos información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del Paciente (opcional*) <i>* Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*) <i>* Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>
Dirección postal _____ _____	Ciudad Estado Código Postal		Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ 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 desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> estudiantes <input type="checkbox"/> discapacitados <input type="checkbox"/> jubilados <input type="checkbox"/> otros (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Haz una lista de los miembros de tu familia en tu hogar, incluyéndote a ti. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____
adicional si es necesario

Adjunte una página

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos brutos mensuales totales (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No

Hospital de la Cuenca del Columbia/Medicina Familiar de la Cuenca del Columbia
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:
 - Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención de los hijos/cónyuge
 - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (*por favor explain* _____)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.

Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos.

Adjunte UNO de los siguientes documentos:

- Una declaración de retención "W-2" y/o talones de pago actuales (3 meses)
- Declaración de la renta del año pasado
- 3 extractos bancarios más recientes
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado

Si está desempleado, proporcione UNO de los siguientes:

- Aprobación/denegación de elegibilidad para la Compensación por Desempleo
- Beneficios de compensación por desempleo (si corresponde)
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado

Si no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener una imagen completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ _____ Gastos médicos \$ _____
 Primas de seguros \$ _____ Servicios públicos \$ _____
 Otras deudas/gastos \$ _____ (*manutención de los hijos, gastos médicos*)

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información se puede utilizar si sus ingresos superan el 101% de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta corriente \$ _____	¿Su familia tiene estos otros bienes? Por favor, marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorros para la salud 401K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedad (excluyendo la residencia principal) <input type="checkbox"/> Ser propietario de un negocio
Saldo corriente de la cuenta de ahorros \$ _____	

INFORMACIÓN ADICIONAL

--

Hospital de la Cuenca del Columbia/Medicina Familiar de la Cuenca del Columbia
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que supiéramos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO CON EL PACIENTE

Entiendo que Columbia Basin Hospital puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y esperar que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha