



Instrucciones para el formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención caritativa) en *Skagit Regional Health*.

El estado de Washington exige 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 a precio reducido según la cantidad de integrantes y los ingresos de su familia, incluso si tiene seguro médico. Consulte aquí las [Políticas de asistencia financiera y escala móvil de pagos](#).

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por *Skagit Regional Health* 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: Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y con el idioma, llamando al número que figura en nuestro estado de cuenta (360-814-7575) o a las direcciones que se indican a continuación.

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia**
Especifique la cantidad de integrantes de su núcleo familiar (aquí se incluyen personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Darnos información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionarnos documentación sobre los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional si es necesario**
- Firmar y fechar 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 corresponde" o "NC".

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a:

Skagit Regional Health – PO Box 1376, Mt. Vernon, WA 98273 or Fax - 360-445-8592

Asegúrese de conservar una copia.

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

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

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud lo antes posible!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.

Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera: confidencial

Complete absolutamente toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

- ¿Necesita un intérprete? Sí No *Si la respuesta es Sí, indique el idioma preferido:*
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No *Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera*
- ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Basic Food 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 calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitarle información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del Paciente (opcional*)	
Persona Responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*)	
Dirección postal				Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____	
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 desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Adjunte una página adicional si es necesario

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: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Se deben revelar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Auto-empleo - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención infantil/conyugal - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación. - Otro (explique _____)

Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera: confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (**3 meses**); o
- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluyendo anejos si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

INFORMACIÓN DE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)		

INFORMACIÓN ADICIONAL

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 DEL PACIENTE

Entiendo que Skagit Regional Health puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o 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 se puede esperar que sea responsable de los servicios brindados y que los pague.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha