



Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en CHI Franciscan Health.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud. Se proporciona asistencia financiera a aquellos con un ingreso familiar anual que sea menor o igual al 300 % del nivel de pobreza federal, según se determina en las pautas publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. *Enlace a las pautas:* <https://www.chifranciscan.org/Billing-and-Finances/Financial-Assistance-and-Discounts/> <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por CHI Franciscan Health dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Visite la oficina de Servicios de elegibilidad e inscripción en su hospital o llame al 844-286-5546. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

A fin de que se procese su solicitud, usted debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia**
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique “no corresponde” o “NC”.

Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a la dirección que se indica a continuación. Asegúrese de conservar una copia para usted.

**St. Joseph Medical Center
1717 South J Street
MS 10-30
Tacoma, WA 98405
Fax: (253) 396-6746**

Para presentar su solicitud completada personalmente, visite la oficina de Servicios de elegibilidad e inscripción en su ubicación local de CHI Franciscan Health.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!
Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.



Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del paciente (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</small>
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número del Seguro Social (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</small>
Dirección postal	Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico: _____		
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte otra hoja de ser necesario.

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

Sí / No

Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explicar* _____)



Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:

- Una declaración de retención “W-2”; o
- Recibos de pago actuales (1 mes); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	<i>(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)</i>	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

NÚMERO(S) DE CUENTA

Número(s) de cuenta:

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que CHI Franciscan Health puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y

yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha