

## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Mid-Valley Hospital / Mid-Valley Medical Group.

**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 o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud. Referente a la póliza de Mid-Valley Hospital Healthcare Assistance Program sobre elegibilidad y escala de tarifas ajustables.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Mid-Valley Hospital / Mid-Valley Medical Group 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: Comuníquese con Patient Accounts Department (Departamento de Contabilidad del Paciente) llamando al (509) 861-2440 o (509) 826-7647.** 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)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a:**

Mid-Valley Hospital, Patient Accounts Department  
PO Box 793, Omak Washington 98841  
Fax: (509) 826-7631

**Para presentar su solicitud completada personalmente:**

Mid-Valley Hospital, Patient Accounts Department  
810 Jasmine Street, Omak Washington 98841  
8:00am – 4:30pm  
Fax: (509) 826-7631

**Asegúrese de conservar una copia para usted.**

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. ¡Por favor presente su solicitud dentro de los 14 días siguientes!  
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?  Sí  No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No
- ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC?  Sí  No
- ¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar?  Sí  No
- ¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo?  Sí  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 solicitante	Segundo nombre del solicitante	Apellido del solicitante
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
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 DE  
INGRESOS**

*RECUERDE: Debe incluir comprobante 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 mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Por favor, proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.**

**Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:**

1. Una declaración de retención "W-2"; o
2. Recibos de pago actuales (3 meses); o
3. La declaración de impuestos del año pasado, incluidos los anexos si corresponde; o
4. Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
5. Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
6. Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación por desempleo.

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

**INFORMACIÓN DE GASTOS**

*We use this information to get a more complete picture of your financial situation.*

**Gastos mensuales del hogar:**

Alquiler/Hipoteca \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Primas de seguro medico \$ _____	Servicios de utilidad \$ _____
Otros gastos \$ _____	(Manutención de los hijos)

**INFORMACIÓN DE ACTIVOS**

---

**Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica -CONFIDENCIAL**

**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.

**ACEPTACIÓN DEL PACIENTE**

Entiendo que Mid-Valley Hospital / Mid-Valley Medical Group 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