



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

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

El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Astria Health utiliza los niveles federales de ingresos de pobreza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. El ingreso bruto del hogar del garante se compara con este nivel de pobreza. Si este total es igual o inferior al nivel del 300%, se perdonará el 100% del saldo de responsabilidad del paciente en las cuentas aprobadas.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por Astria 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: Visítenos en Astria Health, Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944 o llame a nuestra oficina comercial al 509-837-1554. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la discapacidad y la asistencia con el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcione información sobre su familia**
Indique el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Proporcione información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación para los ingresos familiares**
- 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 "N/A".

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para enviar su solicitud completa en persona: Astria Health, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA 98944, nuestro hospital está abierto las 24 horas del día. El número de teléfono de nuestra oficina comercial es 509-837-1554.

Le notificaremos 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 hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud a la brevedad! Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.



Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera: Confidencial

Por favor llene toda la información completamente. Si no corresponde, escriba "N/A". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EXAMEN

¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos Básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente actualmente 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 laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba 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"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <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 de envió _____			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 (cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

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

TAMAÑO 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 está solicitando 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 - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI -
Manutención de niños/cónyuge
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro - Otro (*por favor 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 revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione prueba de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Pago actuales (3 meses); o
- Planilla de contribución sobre ingresos del último año, incluyendo anejos si aplica; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

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 Astria 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 brindo es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que solicita

Fecha