

Sunnyside Hospital provides hospital care regardless of ability to pay.

Help with Hospital Bills!

Financial Assistance and Charity Care

What are hospital financial assistance and charity care? Hospital financial assistance and charity care help people and families in Washington pay for hospital services. Financial assistance and charity care provide either free or reduced-price care, depending on your eligibility and income.

Who receives financial assistance and charity care?

1. To receive financial assistance and charity care your income level must be within our guidelines.
2. If your income is within our guidelines, you can get assistance even if you are insured but the insurance does not cover all the costs of your care.
3. To receive financial assistance and charity care you *cannot* be involved in a work related injury or auto accident or similar situation where someone else has a legal responsibility to pay for the costs of hospital care.
4. To receive financial assistance and charity care for non-emergent services you must live within the hospital's service area.
5. You can receive financial assistance and charity care regardless of *race, creed, color, national origin, sex, sexual orientation, or the presence of any sensory, mental, or physical disability or the use of a trained dog guide or service animal by a disabled person.*

What do financial assistance and charity care cover? Financial assistance and charity care cover medically necessary hospital care, including inpatient and outpatient care.

Financial assistance and charity care do *not* cover transportation costs or care that is not medically necessary such as cosmetic procedures, and usually do not cover doctors' services.

How do I apply? To find out what is needed to prove you are eligible and what services will be covered, please contact:

Charity Care
Astria Sunnyside Hospital
(509) 837-1614



Sunnyside Hospital

Charity Care/Financial Assistance Program Application

Astria Sunnyside Hospital (Hospital's) Charity Care Policy has been approved by the Washington State Department of Health. In order to determine if you are eligible for Charity Care assistance the Hospital needs to verify your financial status. That is the purpose of this form. Please provide as much of the information and documentation requested below as you are able. A Hospital representative is available to answer your questions.

Patient Account Number _____

Date of Application _____

PATIENT INFORMATION

PATIENT/GUARANTOR/SPOUSE

Name _____

Name _____

Address _____

Address _____

City _____

City _____

State/Zip _____

State/Zip _____

Home Phone (____) _____

Home Phone (____) _____

Cell Phone (____) _____

Cell Phone (____) _____

SS# _____

SS# _____

Employer _____

Employer _____

Address _____

Address _____

City _____

City _____

State/Zip _____

State/Zip _____

Work Phone (____) _____

Work Phone (____) _____

Length of Employment _____

Length of Employment _____

Supervisor _____

Supervisor _____

Sunnyside Hospital

Charity Care Application Continued

RESOURCES

Checking: Yes No Vehicle 1: YR _____ Make _____ Model _____
 Savings: Yes No Vehicle 2: YR _____ Make _____ Model _____
 Cash on Hand: \$ _____ Vehicle 3: YR _____ Make _____ Model _____

INCOME

Patient /Guarantor:	Spouse/Second Parent:
Wages (Monthly) _____	Wages(Monthly) _____
Other Income:	Other Income:
Child Support \$ _____	Child Support \$ _____
VA Benefits \$ _____	VA Benefits \$ _____
Workers Comp: \$ _____	Workers Comp: \$ _____
SSI: \$ _____	SSI: \$ _____
Other: \$ _____	Other: \$ _____

LIVING ARRANGEMENTS

Rent _____ Own _____ Other (explain) _____ Number in Household _____
 Landord/Mortgage Holder: _____
 Phone Number (_____) _____ Monthly payment \$ _____



Sunnyside Hospital

Charity Care Application Continued

REQUESTED DOCUMENTS

Please provide any one of the following documents to assist the Hospital in processing your application for Charity Care:

Documentation of Income:

- (a) Last year's "W-2" withholding statement;
- (b) Pay stubs for the last 4 months;
- (c) An income tax return from the most recently filed calendar year;
- (d) Forms approving or denying eligibility for Medicaid and/or state-funded medical assistance;
- (e) Forms approving or denying unemployment compensation; or
- (f) Written statements from employers or welfare agencies indicating your income.

If you are unable to provide any of the documentation described above, submit a signed written statement detailing the amount of your income for the past year and the source(s) of that income.

Certification of Applicant:

I hereby certify that the information and related documentation I am providing in connection with this application are true, complete and correct. I understand that the information provided is subject to verification by the Hospital and has been provided to determine my eligibility for Charity Care assistance. I understand that providing false information may result in the Hospital denying my application for financial assistance.

If my income is found to exceed 300% of the Federal Poverty Level Income Guidelines, I hereby grant permission to the Hospital to obtain a copy of my credit report to be used to determine my eligibility for Charity Care.

Signature of Applicant: _____ Date: _____

Hospital Representative Overseeing Charity Care Application _____

Approval/Authorization of Charity Write-Off

Amount Approved \$ _____

BOM

CFO

CEO

Sunnyside Hospital

Astria Sunnyside Hospital proporciona atención médica independientemente de la capacidad de pago.

Ayuda con las cuentas de hospital!

Asistencia financiera y caridad

¿Qué es asistencia financiera y caridad? Asistencia financiera del Hospital y caridad ayudan a las personas y a las familias en Washington pagar por servicios de hospital. Asistencia financiera y caridad o bien ofrecen gratis o cuidados a precios reducidos, dependiendo de su elegibilidad y los ingresos.

¿Quien recibe ayuda financiera y caridad?

1. Para recibir asistencia financiera y caridad su nivel de ingresos debe estar debajo del 300% de los límites de pobreza federales, ajustado por tamaño de la familia.
2. Si sus ingresos están dentro de nuestras directrices, es posible que pueda recibir ayuda, incluso si usted está asegurado, pero el seguro no cubre todos los costos de su atención médica.
3. Para recibir asistencia financiera y caridad no puede estar involucrado en un reclamo de trabajo o accidente automovilístico o una situación similar en la que alguien más tiene la responsabilidad legal de pagar el total de los costos médico.
4. Para recibir asistencia financiera y caridad para los servicios no urgentes usted tienen que vivir dentro la área de servicio del hospital.
5. Usted puede recibir ayuda financiera y caridad independientemente de su *raza, credo, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, discapacidad mental o física o uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con discapacidad.*

¿Qué coberturas tiene asistencia financiera y caridad? Asistencia financiera y caridad sea medicamento necesario cubrir atención médica, incluyendo atención hospitalaria y ambulatoria.

Asistencia financiera y caridad no cubre costos de transporte o cuidado de que no es medicamento necesario, tales como procedimientos cosméticos, y por lo general no cubre servicios médicos del los doctores.

¿Cómo puedo aplicar? Para averiguar lo que se necesita para demostrar que son elegibles y qué servicios serán cubiertos, por favor comuníquese con:

Supervisor de Caridad
Astria Sunnyside Hospital
(509) 837-1614

Sunnyside Hospital

Astria Sunnyside Hospital provides hospital care regardless of ability to pay.

Solicitud para Cuidado de Caridad/Asistencia de Finanzas

La Política de Cuidado de Caridad del Astria Regional Medico Centro en Yakima ha sido avalada por el Departamento de Salud del Estado de Washington. Para poder determinar si usted es elegible para recibir asistencia con las necesidades de Cuidado de Caridad el Hospital necesita verificar la situación económica de usted. Este es el propósito de este formulario. Por favor proporcione de la manera más completa la siguiente información y documentación que requerimos. Un representante del Hospital está disponible para responder a sus preguntas.

Número de Cuenta del Paciente _____ Fecha de la Solicitud _____

INFORMACION DEL PACIENTE

PACIENTE/RESPONSABLE/ESPOSO(A)

Nombre _____

Nombre _____

Domicilio _____

Domicilio _____

Ciudad _____

Ciudad _____

Estado/Código Postal _____

Estado/Código Postal _____

Teléfono (____) _____

Teléfono (____) _____

Teléfono móvil (____) _____

Teléfono móvil (____) _____

de SS _____

de SS _____

Empleador _____

Empleador _____

Domicilio _____

Domicilio _____

Ciudad _____

Ciudad _____

Estado/Código Postal _____

Estado/Código Postal _____

Teléfono del trabajo (____) _____

Teléfono del trabajo (____) _____

Tiempo trabajando allí _____

Tiempo trabajando allí _____

Supervisor _____

Supervisor _____

CONTINUACION DE LA SOLICITUD DE CUIDADO DE CARIDAD

Sunnyside Hospital

RECURSOS

Chequera: Si No Vehículo 1: año _____ Marca _____ Modelo _____
Ahorros: Si No Vehículo 2: año _____ Marca _____ Modelo _____
En efectivo \$ _____ Vehículo 3: año _____ Marca _____ Modelo _____

INGRESOS

Paciente/Responsable:

Esposo(a)/Segundo Padre:

Sueldo (mensual) _____

Sueldo (mensual) _____

Otros ingresos:

Otros ingresos:

Manutención \$ _____

Manutención \$ _____

Beneficios VA \$ _____

Beneficios de VA \$ _____

Compensación al trabajador \$ _____

Compensación al Trabajador \$ _____

SSI: \$ _____

SSI: \$ _____

Otro: \$ _____

Otro: \$ _____

VIVIENDA

Renta _____ Dueño _____ Otro (explique) _____ Cuantos en la vivienda _____

Arrendador/Prestamista:

Teléfono: (____) _____ Abono mensual \$ _____

CONTINUACION DE LA SOLICITUD DE CUIDADO DE CARIDAD

Sunnyside Hospital

DOCUMENTOS NECESARIOS

Por favor proporcione los siguientes documentos para ayudarle al Hospital a procesar su solicitud para el Cuidado de Caridad:

Documentación de ingresos:

- (a) Las “W - 2” del año pasado;
- (b) Talones de cheques de los últimos 4 meses;
- (c) Una declaración de impuestos del último año que lo presento;
- (d) Formularios donde aprueban o niegan su elegibilidad para medicaid y o asistencia médica del estado;
- (e) Formularios donde aprueban o niegan su compensación de desempleo; o
- (f) Una declaración por escrito de su empleador o de una agencia de bienestar que indique sus ingresos.

Si usted no puede proporcionar ninguno de los documentos arriba mencionados, presente una declaración por escrito detallando sus ingresos de este último año y la fuente(s) de esos ingresos.

Certificación del Solicitante

Por la presente yo certifico que la información y documentación relacionada que yo estoy presentando en relación con esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Tengo entendido que la información presentada está sujeta a ser verificada por el Hospital y la he presentado para que se determine mi elegibilidad para asistencia con Cuidado de Caridad. Tengo entendido que presentar información falsa puede resultar en que el Hospital niegue mi solicitud de asistencia de finanzas.

Si se descubre que mis ingresos exceden el 300% de las Guías de Ingresos de Nivel Federal de Pobreza, Por medio de la presente le otorgo al Hospital mi permiso de obtener copias de mi informe de crédito para que sea usado al determinar mi elegibilidad para Cuidado de Caridad.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Representante del Hospital supervisa la Solicitud para Cuidado de Caridad _____

Avalada/Autorización de anotar como Perdida por Caridad Cantidad Avalada \$ _____

BOM _____ CFO _____ CEO _____