



*Astria Toppenish 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 médicos.
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 medicamente necesario cubrir atención médica, incluyendo atención hospitalaria y ambulatoria.

Asistencia financiera y caridad no cubre costos de transporte o cuidado de que no es medicamente 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 Toppenish Hospital  
509-865-1690



*AstriaToppenish 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**

**CONTINUACION DE LA SOLICITUD DE CUIDADO DE CARIDAD**

**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**

## 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 \_\_\_\_\_

