

## **Three Rivers Hospital**

### **Instrucciones para la solicitud de Ayuda Financiera/Atención Compasiva**

Esta es una solicitud para ayuda financiera (conocida también como atención compasiva) en Three Rivers Hospital

**El Estado de Washington exige a todos los hospitales brindar ayuda financiera** a las personas y familias que reúnen ciertos requisitos de ingresos. Usted podría ser elegible para atención gratuita o a precio reducido, según la cantidad de personas en su familia y sus ingresos, aunque usted tenga seguro médico.

**¿Qué cubre la ayuda financiera?** La ayuda financiera cubre los servicios hospitalarios correspondientes, proporcionados por Three Rivers Hospital/Family Medicine dependiendo de su elegibilidad. Tal vez la ayuda financiera no cubra todos los gastos de atención médica, incluso los servicios que brindan otras organizaciones.

**Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud:** Three Rivers Hospital (509) 645-3362 o (509) 645-3365 Usted puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive ayuda por discapacidad y con el idioma.

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

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Poner la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas relacionadas por lazos de sangre, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre el ingreso total familiar bruto (ingresos sin deducir los impuestos y otras deducciones)**
- Proporcionar comprobantes de ingreso familiar y declarar los bienes que posee**
- Agregar información adicional, si es necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no tiene que proporcionar su número de Seguro Social para solicitar ayuda financiera.** Si nos proporciona su número de Seguro Social, esto ayudará a agilizar el proceso de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número de Seguro Social, favor de marcar “no aplicable” o “NA”.

**Llene toda la solicitud y envíela por correo o fax con todos los comprobantes a:** Three Rivers Hospital, PO Box 577, Brewster, WA. 98812 o fax (509) 689-2086. Procure sacar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud llena en persona:** oficinas administrativas de Three Rivers Hospital ubicadas en 415 Hospital Way, Brewster o con la representante de servicios financieros del paciente, asesora financiera o recepcionista.

Le notificaremos sobre la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación si es aplicable, en los primeros 14 días de haber recibido la solicitud llena de ayuda financiera, incluidos los comprobantes de ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las indagaciones necesarias, para confirmar las obligaciones financieras e información.

**Queremos ayudarle. ¡Presente su solicitud puntualmente!  
Tal vez usted reciba las facturas mientras recibimos su información.**

## Three Rivers Hospital

### Solicitud de Atención Compasiva/Ayuda Financiera – confidencial

*Ponga toda la información. Si no es aplicable, escriba "NA". Agregue más hojas si es necesario.*

#### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

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

#### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que sea elegible para la ayuda financiera, aun si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y tal vez pediremos información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días luego de que recibamos su solicitud llena y los comprobantes, le notificaremos si es elegible para la ayuda.

#### 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	Número de Seguro Social del paciente (opcional*)  <small>*opcional, pero necesario para una ayuda más generosa, por encima de lo que exige la ley estatal</small>
Persona responsable de pagar la factura	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal (donde recibe su correspondencia) _____		Número de Seguro Social (opcional*)  <small>*opcional, pero necesario para una ayuda más generosa, por encima de lo que exige la ley estatal</small>
Ciudad	Estado	Código Postal
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura		Número(s) de contacto principal(es) ( ) _____ ( ) _____
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (_____)		Dirección de correo electrónico: _____

#### INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. La "Familia" incluye a las personas relacionadas por lazos de sangre, matrimonio u adopción que viven juntas.

**CANTIDAD DE PERSONAS EN SU FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Agregue otra hoja si es necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco 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 (sin deducciones):	¿También solicita ayuda financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben reportar los ingresos de todos los miembros de 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* \_\_\_\_\_)

## Three Rivers Hospital

### Solicitud de Atención Compasiva/Ayuda Financiera – 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 ayuda financiera.

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

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Comprobantes de retención "W-2"; o
- Nóminas (talones de pago) actuales ( de los últimos 3 meses) o
- Declaración de impuestos de los ingresos del año anterior, incluidas las hojas adjuntas si es aplicable o
- Cartas de empleadores u otros, firmadas o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o ayuda médica financiada por el estado o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, agregue otra hoja con una explicación por escrito.

#### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Renta/pago de la casa \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Pagos de seguro \$ _____	Servicios públicos (agua, luz, etc.) \$ _____
Otras deudas/gastos \$ _____	(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)

#### INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 101 % de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros bienes o activos?

**Marque todos los que sean aplicables**

- Acciones    Bonos    Plan 401K    Cuenta(s) de Ahorros para la Salud  
 Fideicomiso(s)    Propiedades (sin incluir la vivienda principal)  
 Es propietario de un negocio

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

Agregue otra hoja si hay 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.

#### ACUERDO DEL PACIENTE

Yo entiendo que Three Rivers Hospital puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes, para ayudar a determinar la elegibilidad para ayuda financiera o facilidades de pago.

Yo 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 yo proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de ayuda financiera, y yo podría ser responsable de pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha