

Instrucciones para el formulario de Solicitud de Atención de Caridad/Ayuda Financiera

Esta es una solicitud de ayuda financiera (conocida también como atención de caridad) en Kadlec Regional Medical Center.

La legislación federal y estatal exige que todos los hospitales proporcionen ayuda financiera a personas y familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos. Es posible que usted reúna las condiciones para recibir atención médica gratuita o a precio reducido en base al número de integrantes y los ingresos de su familia, incluso si cuenta con seguro de salud. Para leer nuestra política de ayuda financiera y las pautas de la escala, visite el sitio web del hospital en www.kadlec.org y haga clic en **Pay Bill and Financial Assistance** (Pago de Factura y Ayuda Financiera).

¿Qué cubre la ayuda financiera? La ayuda financiera médica cubre servicios hospitalarios apropiados y la atención hospitalaria necesaria por razones médicas proporcionados por nuestro hospital, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la ayuda financiera no cubra todos los costos de atención a la salud, incluidos servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Nuestras políticas de ayuda financiera, información sobre los programas y los materiales para presentar la solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Usted puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluso por discapacidad, y ayuda con el idioma. Disponemos de documentos escritos traducidos que puede solicitar.

Para comunicarse con nosotros, visite: www.kadlec.org y haga clic en **Pay Bill and Financial Assistance** (Pago de factura y Ayuda financiera).

Hable con representantes de servicios para clientes al: 855-367-1343 o 509-942-2626

Para que se procese su solicitud, usted deberá:

- Proporcionar información sobre su familia.**
Complete el número de integrantes de su grupo familiar (la familia incluye a personas emparentadas por sangre, matrimonio o adopción que viven juntas).
- Proporcionar información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones), e incluir recibos de sueldo, formularios W-2, declaraciones de impuestos, cartas de otorgamiento de seguro social, etc.**
(consulte la sección Ingresos en la solicitud de ayuda financiera para ver más ejemplos).
- Proporcionar documentación que demuestre los ingresos familiares y declarar bienes.**
- Adjuntar información adicional, de ser necesaria.**
- Firmar y fechar el formulario de solicitud de asistencia financiera.**

Nota: No es obligatorio proporcionar un número de Seguro Social para solicitar ayuda financiera. Si nos indica su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de la 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 "NA."

Envíe por correo la solicitud completada con toda la documentación a: Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352. Asegúrese de conservar una copia.

Para presentar la solicitud completada en persona: Llévela a la Oficina de Cobranzas del Hospital más cercana a su domicilio.

Le notificaremos sobre la determinación final de elegibilidad y derechos a apelación, si son aplicables, en un plazo de 14 días a partir de la recepción de una solicitud de ayuda financiera completada con la documentación sobre ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted nos está dando su consentimiento para que realicemos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones e información financieras.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud en tiempo y forma!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.**

Formulario de solicitud de Atención de Caridad/Ayuda Financiera - confidencial

Complete toda la información, sin omisiones. Si no aplica, escriba "NA." Adjunte hojas adicionales, de ser necesario.

INFORMACIÓN PARA LA CLASIFICACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió Sí, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente recibe servicios públicos estatales tales como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente se relaciona con un accidente automovilístico o una lesión ocupacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- Aunque presente la solicitud, no podemos garantizar que usted reunirá las condiciones para recibir ayuda financiera.
- Una vez que envíe la solicitud, podremos verificar toda la información y es posible que solicitemos información o constancias adicionales de ingresos.
- En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si reúne las condiciones para recibir ayuda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente:	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para recibir una ayuda más generosa por encima de los requisitos legales del estado.</i>	
Persona a cargo de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para recibir una ayuda más generosa por encima de los requisitos legales del estado.</i>
Dirección postal _____ _____		Principal(es) número(s) de teléfono de contacto () _____ () _____	
Ciudad Estado Código postal:		Dirección de correo electrónico: _____	
Situación laboral de la persona a cargo de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleada (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleada (duración del desempleo: _____) <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitada <input type="checkbox"/> Jubilada <input type="checkbox"/> Otra (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los integrantes de la familia que componen su grupo familiar, incluido usted. "Familia" incluye personas emparentadas por sangre, matrimonio o adopción que viven juntas.

NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA _____

Adjunte una hoja adicional si hace falta

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre del/de los empleadores o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Ingresos brutos mensuales totales (antes de impuestos):	¿También está solicitando ayuda financiera?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Es obligatorio informar los ingresos de todos los integrantes de la familia que sean mayores de edad. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Beneficio por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidente de trabajo - Beneficio por discapacidad - Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) - Pago de manutención de hijo/cónyuge - Programa de trabajo para estudiantes - Pensión - Distribuciones de cuenta de jubilación - Otra (*sírvase indicar* _____)

Formulario de solicitud de Atención de Caridad/Ayuda Financiera - confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir constancias de ingresos con su solicitud.

Debe suministrar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera.

Todos los integrantes de la familia de 18 años de edad o más deben informar sus ingresos. Si no puede suministrar documentación, puede presentar una declaración escrita firmada describiendo sus ingresos. Suministre constancia de cada fuente de ingresos indicada.

Ejemplos de constancia de ingresos incluyen:

- una declaración de retenciones "W-2"; o
- recibos de sueldo actuales (3 meses); o
- la declaración de impuestos del año pasado, incluidos anexos, si corresponden; o
- declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas; o
- aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- aprobación/denegación de elegibilidad para recibir compensación por desempleo.

Si no tiene constancia de ingresos o si no tiene ingresos, adjunte una hoja separada con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos mensuales de la unidad familiar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguros	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	<i>(pago de manutención de hijo, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Esta información se podrá usar si sus ingresos son superiores al 101% de las Pautas de Nivel Federal de Pobreza.

Saldo actual de cuenta corriente

\$ _____

Saldo actual de caja de ahorros

\$ _____

¿Posee su familia alguno de los siguientes bienes?

Marque todos los que correspondan.

- Acciones
 Bonos
 401K
 Cuenta(s) de Ahorros de Salud
 Fideicomiso(s)
 Bienes Raíces (excluida la residencia principal)
 Titular de un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una hoja adicional si existe otra información sobre su situación financiera actual que desee poner en nuestro conocimiento, por ejemplo, dificultad financiera extrema, gastos médicos excesivos, ingresos por temporada o temporales, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Kadlec Regional Medical Center podrá verificar mi información mediante una revisión crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera o planes de pago.

Declaro que la información indicada arriba es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que suministré información financiera falsa, el resultado podrá ser la denegación de asistencia financiera, y podré ser responsable del pago de los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha