

## Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como “atención caritativa”).

Samaritan Healthcare se compromete a garantizar que nuestros pacientes reciban la atención que necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Brindar atención médica a quienes no pueden pagar es parte de nuestra misión y la ley estatal exige que los hospitales brinden atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles. Puede calificar para atención gratuita o con descuento según el tamaño de la familia y los ingresos, incluso si tiene seguro médico.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** Servicios médicos apropiados y médicamente necesarios en hospitales y clínicas proporcionados por Samaritan Healthcare. La elegibilidad se basa en la información proporcionada por usted en forma de una Solicitud de asistencia financiera y la documentación de ingresos de respaldo. Se utilizarán criterios de ingresos, basados en el nivel federal de pobreza, para determinar la elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento. 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,** comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes al (509) 793-9715. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la discapacidad y la asistencia con el idioma. Las versiones traducidas del formulario de solicitud están disponibles a pedido en español y ruso.

### **Para que su solicitud sea procesada, usted debe:**

#### **o Proporcionarnos información sobre su familia.**

- Complete la sección Información de la familia a continuación, incluido el tamaño de la familia. La familia se define como “*personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas*”.

#### **o Proporcione información sobre los ingresos brutos mensuales de su hogar** (ingresos antes de impuestos y deducciones).

#### **o Proporcionar documentación de respaldo para todos los ingresos del hogar.**

- Ejemplos de documentos de verificación de ingresos aceptables que se enumeran a continuación.

#### **o Firme y feche el formulario,** reconociendo que la información provista es verdadera y correcta a su leal saber y entender.

**Nota: No es necesario que proporcione un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si no tiene un número de Seguro Social, escriba “no aplicable” o “N/A”.

**Envíe por correo, fax o correo electrónico su solicitud con toda la documentación de ingresos de respaldo a Samaritan Healthcare;** ATTN: Servicios financieros para pacientes, 660 S. Coolidge Street, Moses Lake, WA 98837, fax al (509) 764-3244 o correo electrónico [FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com](mailto:FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com).

**Para recibir asistencia en persona,** Servicios Financieros para Pacientes está ubicado en 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837. Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, que debe incluir la documentación de respaldo requerida.

¡Queremos ayudar! Envíe su solicitud de **inmediato** y asegúrese de que se incluya toda la documentación de respaldo de ingresos. Es posible que reciba facturas hasta ese momento.

## Formulario de solicitud de asistencia financiera: **Confidencial** (página 1)

Complete este formulario de 2 páginas en su totalidad. Si no corresponde, escriba "N/A". \*Adjunte páginas adicionales si es necesario.

### INFORMACIÓN DE EXAMEN

Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el idioma preferido: _____	Recibe servicios públicos estatales, como TANF/Basic Food? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Nota:</b> es posible que deba presentar una solicitud antes de considerar la asistencia financiera.	Está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su necesidad de atención médica está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Es posible que solicitemos documentación de respaldo adicional, información familiar y/o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud completa, le notificaremos su elegibilidad para recibir asistencia.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro o N/A	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente <i>(opcional)</i>
Garante <i>(Persona responsable de pagar la factura)</i>	Relación con el paciente	Número de Seguro Social del garante <i>(opcional)</i>
Dirección de envío _____	Números de contacto ( ) _____ ( ) _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		
Situación laboral del garante <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (fecha de desempleo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

### INFORMACIÓN FAMILIAR

<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA</b>	Enumere los miembros de su familia en su hogar, incluido usted mismo. La familia se define como "personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas" *Adjunte una página adicional si es necesario.			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre(s) del empleador -o Fuente de ingreso	Ingreso Mensual Bruto Total (antes de impuestos):
		<b>Ser</b>		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

**RECUERDE:** Se deben revelar los ingresos de todos los miembros de la familia. *Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.*

**La fuente de ingresos incluye, por ejemplo:**

- Salarios -Desempleo -Empleo por cuenta propia -Compensación del trabajador -Discapacidad -SSI -Pensión
- Manutención de niños/cónyuge -TANF/Alimentos básicos -Distribución de jubilación -Ingresos de alquiler
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

**La documentación de respaldo (es decir, "prueba de ingresos") incluye, por ejemplo:**

- Una declaración de retención "W-2" para el año en curso
- Recibos de pago actuales de todos los empleos (3 meses)
- Una declaración de impuestos sobre la renta del año calendario más reciente, incluidos los anexos (si corresponde)
- Estado de cuenta bancario actual que refleje los depósitos para todas las demás fuentes de ingresos (3 meses)
- Notificación de depósito o declaración de pago de PFMLA (Permiso de ausencia médico familiar pagado)
- Carta de concesión de beneficios del Seguro Social, carta de concesión de beneficios para veteranos, carta de concesión de compensación para trabajadores (L&I)
- Formularios que aprueban o niegan la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado
- Formularios que aprueban o niegan la compensación por desempleo
- Declaraciones por escrito del DSHS u otra agencia estatal
- Carta de adjudicación del Pago de Jubilación, Pensión o Anualidad
- Formularios de impuestos sobre la renta del trabajo por cuenta propia, incluidos los anexos con la declaración de pérdidas y ganancias
- Formulario de verificación de empleo de Samaritan Healthcare

**Si no tiene ingresos, puede presentar un certificado escrito y firmado que explique sus circunstancias.**

**INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**

*Usamos esta información para obtener una imagen más completa de sus circunstancias financieras.*

Renta/Hipoteca	\$ _____	Otras deudas/gastos _____	\$ _____
Médico o Prescripción	\$ _____	Otras deudas/gastos _____	\$ _____
Prima(s) de seguro médico	\$ _____		
Servicios públicos	\$ _____		

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Adjunte páginas adicionales si hay otra información sobre sus circunstancias financieras actuales que le gustaría que supiéramos, como; una dificultad financiera significativa, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdida personal.

**ACUERDO DEL PACIENTE**

Entiendo que Samaritan Healthcare puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

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 proporcioné 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(s) persona(s) que solicita(n)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe por correo, fax o correo electrónico su solicitud con toda la documentación de respaldo a:**

Samaritan Healthcare; ATTN: Servicios financieros para pacientes, 660 S. Coolidge Street, Moses Lake, WA 98837  
Fax: (509) 764-3244 o correo electrónico: FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com.

**Para recibir asistencia en persona:**

Especialista en acceso financiero: 801 E. Wheeler Road, Moses Lake, WA 98837  
Servicios financieros para pacientes: 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837