

Instrucciones para llenar la Solicitud para Atención Caritativa/ Asistencia Financiera

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también conocida como atención caritativa) de Lourdes Health.

El Estado de Washington requiere que todos los hospitales provean asistencia financiera a personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Aun si tiene seguro de salud usted podría reunir los requisitos para recibir atención gratuita o atención a bajo costo en base al tamaño e ingresos de su familia. Para la Política de Asistencia Financiera, vea:

<http://www.yourlourdes.com/wp-content/uploads/2016/01/Financial-Assistance-Policy-Final-101916.pdf>

¿Qué cubre la asistencia financiera? Dependiendo de su elegibilidad, la asistencia financiera del hospital cubre servicios hospitalarios apropiados proveídos por Lourdes Health. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de atención de salud, incluyendo servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con los Consejeros Financieros de Lourdes, 520 N. 4th Ave, Pasco, WA 99301 o por teléfono al (509) 547-7704. Usted podría obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo una discapacidad y ayuda con el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proveernos información acerca de su familia**
Escribir el número de miembros de su familia en su hogar (la familia incluye personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Proveernos información sobre el ingreso en bruto mensual de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proveer documentación de los ingresos de su familia y declaración de bienes**
- Adjuntar información adicional si es necesaria**
- Firmar y fechar el formulario**

Nota: Usted no tiene que proveer un Número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si usted nos provee su Número de Seguro Social esto nos ayudará a agilizar la tramitación de su solicitud. Los números de Seguro Social son usados para verificar información que se nos ha proporcionado. Si usted no tiene Número de Seguro Social por favor escriba "no aplicable" o "N/A".

Envíe por correo o por fax su solicitud previamente completada, y toda la documentación a: Consejeros Financieros de Lourdes, 520 N. 4th Ave, Pasco, WA 99301 o por fax a (509) 542-3065. Asegúrese de quedarse con una copia.

Presente su solicitud previamente completada en persona con: Consejeros Financieros de Lourdes, 520 N. 4th Ave, Pasco, WA 99301. Horario: Lunes a Viernes 7:00 AM- 3:30 PM. Teléfono: (509) 547-7704

Nosotros le notificaremos la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación si proceden, en los 14 días continuos después de haber recibido su solicitud para asistencia financiera completa que incluya documentación de ingresos.

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

**Queremos ayudar. ¡Por favor presente su solicitud rápidamente!
Usted podría recibir sus facturas hasta que nosotros recibamos su información.**

Formulario de Solicitud para Atención Caritativa/ Asistencia Financiera – Confidencial

Por favor llene completamente la información. Si algo no aplica, escriba "NA." Adjunte hojas adicionales si lo necesita.

INFORMACIÓN DE PRE-SELECCIÓN

¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Sí su respuesta es sí, escriba el idioma que prefiere:</i>
¿Ha solicitado Medicaid el/la paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Podrían requerirle que lo solicite antes de ser considerado(a) para recibir asistencia financiera
¿Recibe el/la paciente servicios de asistencia pública del estado como TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El/ la paciente está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del/la paciente está relacionada con un accidente de carro o lesión de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

POR FAVOR TOME EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizar que usted va a reunir los requisitos para recibir asistencia financiera, aun si la solicita.
- Una vez que usted haya enviado su solicitud, nosotros podremos revisar toda la información y podremos solicitar información adicional o verificación de ingresos.
- Le notificaremos si usted cumple con los requisitos para recibir asistencia en los 14 días continuos después de recibir su solicitud previamente completada y su documentación.

INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE Y DEL/LA SOLICITANTE

Primer nombre del/la paciente	Segundo nombre del/la paciente	Apellido del/la paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social del/la Paciente (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para asistencia más generosa por encima de los requisitos estatales legales</i>
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el/la paciente	Fecha de Nac.
		Número de Seguro Social (opcional*) <i>*opcional, pero necesario para asistencia más generosa por encima de los requisitos estatales legales</i>
Dirección de Correos		Número(s) principal(es) de contacto () _____ () _____
Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo electrónico:		_____
Situación laboral de la persona responsable por la factura		
<input type="checkbox"/> Empleado(a) (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) (por cuanto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere a los miembros de la familia en su hogar, incluyéndose usted. "Familia" incluye personas que viven juntas emparentadas por nacimiento, matrimonio, o adopción.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una hoja adicional si lo necesita

Nombre	Fecha de Nac.	Relación con el/la Paciente	Si tiene 18 años o es mayor: Nombre de su(s) empleador(es) o de su fuente de ingresos	Si tiene 18 años o es mayor: Ingresos mensuales totales en bruto (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

El ingreso de todos los miembros adultos de la familia debe ser declarado. La fuentes de ingresos incluyen por ejemplo:
 - Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación para trabajadores - Discapacidad - Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) - Manutención de Niños/Pensión Alimenticia
 - Programas de empleo (estudiantes) - Pensión - Distribución de Cuenta de Retiro - Otro (*por favor explique* _____)

Formulario de Solicitud para Atención Caritativa/Asistencia Financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE SUS INGRESOS

RECUERDE: debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

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

Todos los miembros de la familia que tengan 18 años de edad o mayores deben declarar sus ingresos. Si usted no puede proveer documentación, puede presentar una declaración escrita firmada describiendo sus ingresos. Por favor provea prueba de cada fuente de ingresos identificada.

Los ejemplos de pruebas de ingresos incluyen:

- "W-2" (siglas en Inglés) declaración de impuestos retenidos; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos del año anterior, incluyendo formularios de impuestos adicionales (tax schedules) si son aplicables; o
- Declaraciones escritas firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/rechazo de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el Estado; o
- Aprobación/rechazo de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una hoja adicional con su explicación.

INFORMACIÓN SOBRE SUS GASTOS

Usamos esta información para tener una perspectiva completa de su situación financiera.

Gastos Mensuales del Hogar:

Renta/Hipoteca \$ _____ Gastos médicos \$ _____
 Primas de Seguros \$ _____ Servicios Públicos \$ _____
 Otros(as) Gastos/ Deudas \$ _____ (manutención de niños, prestamos, medicamentos, *otro*)

INFORMACIÓN DE SUS BIENES

Esta información puede ser usada si sus ingresos están por encima del 101% de las Guías Federales de Pobreza

Saldo actual en su cuenta de cheques

\$ _____

Saldo actual en su cuenta de ahorros

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros bienes?

Por favor marque todo lo que aplique

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorros para Atención de Salud Fideicomiso(s) Propiedad(excluyendo la vivienda principal)
 Es dueño(a) de un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor adjunte una página adicional si hay otra información acerca de su situación financiera actual que desearía que conociéramos, como una dificultad económica, gastos medico excesivos, ingresos temporales o ingresos por estación, o alguna pérdida personal.

ACUERDO DEL/LA PACIENTE

Comprendo que Lourdes Health puede verificar información revisando mi información de crédito y obteniendo información de otras fuentes que le ayude a determinar mi elegibilidad para asistencia financiera o para planes de pagos.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta hasta lo mejor de mis conocimientos. Comprendo que si se determina que la información financiera que yo dé es falsa, el resultado podría ser que me nieguen asistencia financiera, yo podría ser responsable y se esperaría que pague los servicios proporcionados.

Firma del/la solicitante

Fecha