



## Confluence Health

### Instrucciones para el formulario de solicitud de ayuda benéfica/asistencia económica

Esta es una solicitud de asistencia económica (también conocida como ayuda benéfica) de Confluence Health.

**El estado de Washington exige que todos los hospitales den asistencia económica** a las personas y familias que reúnen ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o atención de precio reducido según el tamaño y los ingresos de su familia, incluso si tiene seguro médico. <https://www.confluencehealth.org/patient-information/financial-assistance/charity-care/>

**¿Qué cubre la asistencia económica?** La asistencia económica del hospital cubre los servicios de hospital apropiados que da Confluence Health and Clinics dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia económica no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios que prestan otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** llame a Servicios al Paciente al 509.436.4020. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y asistencia de idioma.

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

- Dar información sobre su familia**  
*Dar la información del número de miembros en su grupo familiar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)*
- Dar información sobre el ingreso mensual bruto de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Dar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar más información si es necesaria**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: No tiene que dar un número de seguro social para pedir asistencia económica.** Si nos da su número de seguro social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de seguro social se usan para verificar la información que se nos da. Si no tiene un número de seguro social, marque "no aplica" o "NA".

**Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a:** Patient Services Dept. Confluence Health PO Box 361 Wenatchee WA, 98807. Fax 509.665.3494, **atención "Charity Care"**. Asegúrese de guardar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completa en persona, visite una de nuestras siguientes áreas de servicios al paciente:**

**Omak Clinic:** 916 Koala Dr. Omak, WA 98841, horario: 7:00 a 4:00, de lunes a viernes, teléfono: 509.826.1800

**Moses Lake Clinic:** 840 E Hill Ave Moses Lake, WA 98837, horario: 8:00 a 5:00, lunes a viernes, teléfono: 509.764.6400

**East Wenatchee Clinic:** 100 Highline Dr. East Wenatchee, WA 98802, horario: 8:00 a 5:00, lunes a viernes, teléfono: 509.884.0614

**Central Washington Hospital and Clinics:** 1201 S. Miller St. Wenatchee WA, 98801, horario: 8:00 a 5:00, lunes a viernes, teléfono: 509.662.1511

**Wenatchee Valley Hospital and Clinics:** 820 N. Chelan Ave Wenatchee WA, 98801, horario 8:00 a 5:00, lunes a viernes, teléfono: 509.663.8711

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud completa de asistencia económica, incluyendo la documentación de ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia económica, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud lo antes posible!**  
**Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.**

**Formulario de solicitud de ayuda benéfica/asistencia económica: confidencial**

*Llene toda la información. Si no se aplica, escriba "NA" Si es necesario, adjunte más páginas.*

**INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN**

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió "Sí", indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente solicitó Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que necesite hacer una solicitud antes de que lo consideren para recibir asistencia económica</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de auto o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**TENGA EN CUENTA**

- No podemos asegurar que califique para recibir asistencia económica, incluso si envía una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y podemos pedir más información o prueba de ingresos.
- En un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

**INFORMACIÓN DE PACIENTES Y SOLICITANTES**

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 una asistencia más generosa por arriba de los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional*)  <i>*opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por arriba de los requisitos de la ley estatal</i>
Dirección de correo			Número principal de contacto
Ciudad                                  Estado                                  Código postal			( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabaja por cuenta propia</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> (_____ )			

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Haga una lista de los miembros en su grupo familiar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ *Si es necesario, adjunte una página más*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos)	¿Solicita también asistencia económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

**Deben revelarse todos los ingresos de los familiares adultos del grupo familiar. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios      - Desempleo      - Trabajo por cuenta propia      - Compensación de los trabajadores      - Discapacidad      - SSI      - Manutención del hijo/cónyuge

- Programas de trabajo y estudio (estudiantes)      - Pensión      - Distribuciones de cuenta de jubilación      - Otros (*explique* \_\_\_\_\_)

**Formulario de solicitud de ayuda benéfica/asistencia económica: confidencial**

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

*RECUERDE: Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.*

**Debe dar información de los ingresos de su familia. Se exige verificación de ingresos para determinar la asistencia económica. Todos los familiares mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede dar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Debe dar pruebas de cada fuente de ingresos identificada.**

**Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:**

- una declaración de retención "W-2"; o
- talones de pago actuales (3 meses); o
- la declaración de impuestos sobre ingresos del año pasado, incluyendo la tabla si corresponde; o
- declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otros; o
- aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- aprobación/negación de elegibilidad para el subsidio de desempleo.

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página más con una explicación.

**INFORMACIÓN DE GASTOS**

*Usamos esta información para tener una idea más completa de su situación económica.*

Gastos mensuales del grupo familiar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Utilidades	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención de menores, préstamos, medicamentos, otros)		

**INFORMACIÓN DE ACTIVOS**

*Esta información se puede usar si sus ingresos son arriba del 101 % de las directrices federales de pobreza.*

Saldo actual de la cuenta de cheques  
\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros  
\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros activos?

**Marque todo lo que aplique**

- Acciones   
  Bonos   
  401K   
  Cuenta de ahorro   
  Fideicomisos para gastos médicos  
 Propiedad (excluyendo la residencia principal)   
  Propietario de un negocio

**MÁS INFORMACIÓN**

Adjunte una página más si hay otra información sobre su situación económica actual que le gustaría que supiéramos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

**ACUERDO DEL PACIENTE**

Entiendo que *Confluence Health* puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia económica o los planes de pago.

Afirmo que la información de arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información económica que doy es falsa, el resultado puede ser que me nieguen la asistencia económica y puedo ser responsable de, y se espera que pague por, los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que está aplicando

\_\_\_\_\_  
Fecha