Proceso de solicitud

1. Pida una solicitud llamando a Servicios al Paciente por el 509-436-4020 o en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones.

2. Se le podría solicitar documentación financiera de apoyo:

   - ☐ Una declaración de retención de ingresos W-2
   - ☐ Talones de pago recientes (para todos los adultos con empleo)
   - ☐ Una declaración de impuestos del año más reciente

   Formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para asistencia:

   - ☐ Formularios de aprobación de compensación por desempleo
   - ☐ Declaración por escrito del estado financiero de la unidad familiar

3. Confluence Health le notificará a los solicitantes de su determinación final dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud completada. Todos los esfuerzos de cobranza cesarán hasta que se determine la elegibilidad.

Nuestra misión es mejorar la salud de nuestros pacientes proporcionando atención segura de alta calidad de manera compasiva y económica.

Nuestra política es no excluir o negar beneficios a cualquier persona en base a raza, origen nacional, género, orientación sexual, estado civil, incapacidad, edad o ingreso financiero en la admisión a, participación en, o recepción de servicios médicos.

Contacto

Para obtener más información sobre nuestro Programa de Atención de Caridad o para presentar una Solicitud de Atención de Caridad:

Llame al:
509.**436.4020** o llame gratis por el at **888.499.4801**

Correo electrónico:
charitycare@confluencehealth.org

Dirección postal:
Patient Services Dept.
Confluence Health
P.O. Box 361
Wenatchee, WA 98807-0361

Página web:
confluencehealth.org

Ubicaciones:

Confluence Health Hospital | Mares Campus
820 N. Chelan Ave., Wenatchee, WA 98801

Confluence Health | Omak Campus
916 Koala Dr., Omak, WA 98841

Confluence Health | Moses Lake Campus
840 E. Hill Ave.
Moses Lake, WA 98837

Programa de Atención de Caridad **2024**

Confluence HEALTH

¿Qué es Atención de Caridad?

El Programa de Atención de Caridad de Confluence Health proporciona asistencia financiera para servicios médicos a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad.

¿Quién puede solicitar?

Todos los pacientes que buscan servicios médicos en Confluence Health.

***Familia:* Un grupo de dos o más personas, relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntos en la misma unidad familiar.**

***Ingreso:* Ingresos totales en efectivo antes de restar impuestos, derivados de sueldos, salarios, pagos de Welfare/Seguro Social, pagos por huelga, desempleo, beneficios por incapacidad, manutención/pensión alimenticia y ganancias netas de negocios y actividades de inversiones pagadas a la persona.**

Factores de elegibilidad

1. Individuos, o unidades familiares, que tengan ingreso* menores del 300% de las Pautas de Pobreza Federales pueden ser elegibles para un descuento entre el 50% al 100% de su(s) saldo(s) elegible(s).
2. Los pacientes/garantes deben explorar, y utilizar, todos los recursos disponibles para pagar por servicios médicos. Esto incluye cobertura de seguro público o privado y patrocinio de terceros (L&I o cobertura contra accidente automovilístico).

   Para ser evaluado para cobertura bajo el programa Washington State Healthcare Exchange (Mercado de Seguros Médicos), favor de comunicarse con nosotros hoy por el 509-665-7947.
3. Los pacientes deben volver a solicitar atención caritativa cada 6 meses para una reevaluación.
4. El programa de atención caritativa de Confluence Health se basa en las Guías Federales de Pobreza y se actualiza anualmente.

Servicios que califican

Los cargos elegibles incluyen:

1. Servicios que diagnostican, corrigen, curan, alivian o previenen el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan dolor y sufrimiento o resultan en enfermedad o dolencia.
2. Servicios profesionales realizados por un médico o proveedor de nivel medio empleado por Confluence Health (debe cumplir con las normas médicas).
3. Tarifas de la instalación por servicios realizados en Confluence Health (debe cumplir con las normas médicas).

Pautas de pobreza federales para Atención de Caridad de Confluence Health

	Rango de ingresos anuales para el hogar				
	200%	250%		300%	
Tamaño del grupo familiar	límite superior	límite inferior	límite superior	límite inferior	límite superior
1	$30,120	$30,121	$37,650	$37,651	$45,180
2	$40,880	$40,881	$51,100	$51,101	$61,320
3	$51,640	$51,641	$64,550	$64,551	$77,460
4	$62,400	$62,401	$78,000	$78,001	$93,600
5	$73,160	$73,161	$91,450	$91,451	$109,740
6	$83,920	$83,921	$104,900	$104,901	$125,880
7	$94,680	$94,681	$118,350	$118,351	$142,020
8	$105,440	$105,441	$131,800	$131,801	$158,160
9	$116,200	$116,201	$145,250	$145,251	$174,300
10	$126,960	$126,961	$158,700	$158,701	$190,440
Descuento permitido	100%	75%		50%	

Nota: Para **familias*** con más de 10 personas, agregar $5,380 por cada persona adicional. Confluence Health no tiene cargos nominales por servicios calificados iguales o inferiores al 200 % de las Guías Federales de Pobreza.