

## 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 recienteFormularios 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

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

**Correo electrónico:** charitycare@confluencehealth.org

**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 2023



# ¿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 viven dentro de los Estados Unidos y 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 que residen fuera de los Estados Unidos solo son elegibles para solicitar servicios que se consideren urgentes o emergentes.

## 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

Tamaño del grupo familiar	Rango de ingresos anuales para el hogar				
	200%	250%		300%	
	límite superior	límite inferior	límite superior	límite inferior	límite superior
1	\$29,160	\$29,161	\$36,450	\$36,451	\$43,740
2	\$39,440	\$39,441	\$49,300	\$49,301	\$59,160
3	\$49,720	\$49,721	\$62,150	\$62,151	\$74,580
4	\$60,000	\$60,001	\$75,000	\$75,001	\$90,000
5	\$70,280	\$70,281	\$87,850	\$87,851	\$105,420
6	\$80,560	\$80,561	\$100,700	\$100,701	\$120,840
7	\$90,840	\$90,841	\$113,550	\$113,551	\$136,260
8	\$101,120	\$101,121	\$126,400	\$126,401	\$151,680
9	\$111,400	\$111,401	\$139,250	\$139,251	\$167,100
10	\$121,680	\$121,681	\$152,100	\$152,101	\$182,520
<b>Descuento permitido</b>	<b>100%</b>	<b>75%</b>		<b>50%</b>	

Nota: Para familias\* con más de 10 personas, agregar \$5,140 por cada persona adicional.