



Solicitud del Programa de Atención de Caridad – confidencial

Por favor, llene completamente toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No Si respondió "Sí", escriba su idioma preferido: _____

¿Ha solicitado el paciente para Medicaid? Sí No Puede requerírsele que solicite antes de ser considerado para asistencia financiera

¿Recibe el paciente servicios públicos del estado como TANF, Basic Food (alimentos básicos), o WIC? Sí No

¿Está el paciente actualmente sin hogar? Sí No

¿Está la necesidad de atención médica del paciente relacionada a un accidente automovilístico o lesión laboral? Sí No

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, verificaremos toda la información y es posible que le solicitemos información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro del plazo de 14 días del calendario, después de que hayamos recibido su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer 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 se necesita para asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*) <i>* opcional, pero se necesita para asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>	
Dirección postal				Número(s) de contacto principal(es)	
_____ Ciudad Estado Código postal				() _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____	
Situación de empleo de la persona responsable de pagar la factura:					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (por cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere a los miembros de la familia en su unidad familiar. "Familia" incluye a las personas relacionadas con usted por nacimiento, matrimonio, o adopción que vivan juntos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunte página adicional, si fuera necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre(s) del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo autónomo - Compensación del trabajador - Incapacidad - SSI
- Manutención infantil / conyugal - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión
- Distribución de cuentas de jubilación - Otro (favor de explicar _____)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

***RECUERDE:** Debe incluir comprobante de ingreso con su solicitud.*

Debe proporcionar información del ingreso de su familia. Se requiere la verificación de los ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia de 18 años de edad o mayores deben divulgar sus ingresos. Si usted no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada describiendo su ingreso. Por favor, proporcione comprobante para cada fuente de ingreso identificada.

Ejemplos de comprobantes de ingreso incluyen:

- Un comprobante de retención de ingresos "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre ingreso del año pasado, incluyendo formularios específicos si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación / denegación de elegibilidad para Medicaid y / o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación / denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, por favor, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para tener una idea más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales de la unidad familiar:

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

Los gastos enumerados anteriormente NO se requieren para servicios recibidos en clínicas ambulatorias de atención primaria; sin embargo, nosotros utilizamos esta información para determinar su elegibilidad para ayuda financiera adicional si el ingreso y tamaño de la familia no califican al solicitante para ayuda.

INFORMACIÓN DE BIENES

Se puede utilizar esta información si su ingreso es mayor al 201% de las Pautas de Pobreza Federal.

Saldo actual de su cuenta corriente \$ _____ Saldo actual de su cuenta de ahorros \$ _____	¿Tiene su familia estos otros bienes? Por favor, marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorro de Salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedad (excluir residencia principal) <input type="checkbox"/> Es propietario de un negocio
---	---

La información de activos enumerada anteriormente NO se requiere para servicios recibidos en clínicas ambulatorias de atención primaria o ER.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, adjunte una página adicional si existe otra información acerca de su situación financiera actual que le gustaría que sepamos, tales como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o estacionales, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Confluence Health puede verificar la información revisando mi información de crédito y obteniendo información de otras fuentes, incluyendo Washington Health Plan Finder, para ayudar a determinar mi elegibilidad para el Programa de Atención Compasiva o planes de pago.

Afirmo que la información que antecede es verdadera y correcta, a mi leal saber. Entiendo que si se determina que la información que proporcione es falsa, el resultado será la denegación de la asistencia financiera, y podría ser responsable de, y se esperará que pague por los servicios proporcionados.

Firma de la persona que solicita

Fecha