

PROCESO DE SOLICITUD

- 1} Pida una solicitud llamando a Servicios al Paciente al 509-436-4020 o en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- 2} Se le podría solicitar documentación financiera de respaldo:
 - Un comprobante de retención W-2
 - Talones de pago recientes (de todos los adultos con empleo)
 - Una declaración de impuestos del año más reciente

Formularios en los que se aprueba o deniega su elegibilidad para la asistencia:

 - Formularios en los que se aprueba la compensación por desempleo
 - Una declaración por escrito de la situación económica de su familia
- 3} Confluence Health notificará a los solicitantes sobre la decisión final dentro de un plazo de 14 días a partir del día que se reciba la solicitud completa. Durante este periodo, se suspenderán todas las acciones de cobros, hasta que se determine la elegibilidad.

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

Es nuestra política no excluir o denegar beneficiosa ninguna persona debido a su raza, nacionalidad, género, orientación sexual, estado civil, discapacidad, edad o ingresos económicos, ya sea para la admisión, participación o prestación 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 gratis al 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 2026



¿Qué es Atención de Caridad?

El Programa de Atención Caritativa de Confluence Health ofrece asistencia financiera para servicios médicos a los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

¿Quién puede presentar una solicitud?

Todos los pacientes que buscan servicios médicos en Confluence Health.

Definiciones

***Familia:** Grupo de dos o más personas, emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven en el mismo hogar.

***Ingreso:** La totalidad de los ingresos en efectivo antes de impuestos derivados de sueldos, salarios, pagos de asistencia social/ seguro social, pagos por huelga, desempleo, beneficios por discapacidad, manutención de menores/pensión alimenticia y ganancias netas de actividades comerciales y de inversión pagadas al individuo.

***Monto Generalmente facturado (AGB):** A ningún paciente elegible para asistencia financiera o atención de caridad se le cobrará un monto superior al que se factura generalmente a los pacientes con seguro.

FACTORES DE ELEGIBILIDAD

- 1} Las personas o familias cuyos ingresos *sean inferiores al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza pueden ser elegibles para un descuento de entre el 50 % y el 100 % de su(s) saldo(s) elegible(s).
- 2} Los pacientes o garantes deben explorar y utilizar todos los recursos disponibles para pagar los servicios médicos. Esto incluye la cobertura de seguros privados o públicos y el patrocinio de terceros (cobertura de Labor e Industrias (L&I, por sus siglas en inglés) o cobertura por accidente automovilístico). *Para ser evaluado para cobertura a través del programa Washington State Healthcare Exchange, favor contáctenos hoy mismo al 509-665-7947.*
- 3} Los pacientes deben volver a solicitar Atención de Caridad cada 6 meses para una reevaluación.
- 4} El programa de Atención de Caridad de Confluence Health se basa en las Pautas Federales de Pobreza y se actualiza anualmente.

SERVICIOS QUE CALIFICAN

Los cargos elegibles incluyen:

- 1} Servicios destinados a diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el agravamiento de enfermedades que ponen en riesgo la vida, ocasionando dolor y sufrimiento, o generando enfermedad o dolencias.
- 2} Servicios profesionales proporcionados por un médico o proveedor de nivel medio empleado por Confluence Health (debe cumplir con las pautas médicas).
- 3} Tarifas de las instalaciones por los servicios proporcionados en Confluence Health (debe cumplir con las pautas médicas).

PAUTAS DE POBREZA FEDERALES PARA ATENCIÓN DE CARIDAD DE CONFLUENCE HEALTH

Rango de ingresos anuales para el hogar

Tamaño del grupo familiar	200%		250%		300%	
	límite superior	límite inferior	límite superior	límite inferior	límite superior	límite inferior
1	\$31,920	\$31,921	\$39,900	\$39,901	\$47,880	
2	\$43,280	\$43,281	\$54,100	\$54,101	\$64,920	
3	\$54,640	\$54,641	\$68,300	\$68,301	\$81,960	
4	\$66,000	\$66,001	\$82,500	\$82,501	\$99,000	
5	\$77,360	\$77,361	\$96,700	\$96,701	\$116,040	
6	\$88,720	\$88,721	\$110,900	\$110,901	\$133,080	
7	\$100,080	\$100,081	\$125,100	\$125,101	\$150,120	
8	\$111,440	\$111,441	\$139,300	\$139,301	\$167,160	
9	\$122,800	\$122,801	\$153,500	\$153,501	\$184,200	
10	\$134,160	\$134,161	\$167,700	\$167,701	\$201,240	
Descuento permitido	100%		75%		50%	

Nota : Para familias con mas de 10 personas, agregue \$5,680.00 por cada persona adicional. Si el inglés no es su primer idioma: Las versiones traducidas del formulario de solicitud, la política de asistencia financiera y este resumen también están disponibles en ruso, ucraniano y español a solicitud.