SUMMIT PACIFIC
• MEDICAL CENTER •

Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Summit Pacific Medical Center.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud. Por favor consulte la política del hospital en Billing Information - Summit Pacific (summitpacificmedicalcenter.org)

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios recibido por SPMC dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Por favor comuníquese con nuestra oficina de facturación, InlandRCM al 1-888-292-8810. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

A fin de que se procese su solicitud, usted debe:

- □ **Proporcionarnos información sobre su familia**
  Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- □ **Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- □ **Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- □ **Adjuntar información adicional de ser necesario**
- □ **Firmar y fechar el formulario**

Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique “no corresponde“ o “NC“.

Envíe la solicitud completada por correo postal con toda la documentación a: InlandRCM, PO Box 2726, Spokane, WA 99220. Asegúrese de conservar una copia para usted.

Para presentar su solicitud completada personalmente: Summit Pacific Medical Center, 600 E Main Street, Elma, WA 98541.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!
Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.

SUMMIT PACIFIC
• MEDICAL CENTER •

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? □ **Sí** □ **No** *Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:*

¿El paciente ha solicitado Medicaid? □ **Sí** □ **No**

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? □ **Sí** □ **No**

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? □ **Sí** □ **No**

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? □ **Sí** □ **No**

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del solicitante	Segundo nombre del solicitante		Apellido del solicitante
□ Varón □ Mujer □ Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional*)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional*)
Dirección postal _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Número(s) de contacto principal(es) ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura
□ **Empleado** (fecha de contratación: _____) □ **Desempleado** (tiempo que lleva desempleado:_____)
□ **Trabajador independiente** □ **Estudiante** □ **Discapacitado** □ **Jubilado** □ **Otro** (_____)

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte otra hoja de ser necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:
- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad - Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal -Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explicar_____)*

SUMMIT PACIFIC
• MEDICAL CENTER •

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

***RECUERDE**: Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.*

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

Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 3 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Summit Pacific Medical Center puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

_____ _____

Firma de la persona que presenta la solicitud Fecha