

Por favor escriba a:  
The CBO Solutions  
c/o Summit Pacific Medical Center  
P.O. Box 2726  
Spokane, WA 99220  
1-888-292-8810

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta del Paciente #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de Pagar la Cuenta: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Adjunto a esta solicitud una copia del comprobante de ingresos de mi familia, ya que se requieren 12 meses de verificación de ingresos para determinar la elegibilidad de asistencia comunitaria.**

**Los ejemplos de verificación de ingresos pueden ser el formulario W2, comprobantes de sueldo, declaraciones de impuestos, verificación del empleo por escrito del empleador, aprobación/denegación de Medicaid o asistencia médica financiada por el estado, etc. Si no hay comprobantes de ingresos disponibles o si no hay ingresos para verificar, por favor, explique en la parte posterior de esta solicitud su situación financiera.**

Enumere a los miembros de su familia en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Además, los miembros de la familia deben ser reclamados como dependientes de los impuestos federales sobre la renta para la declaración archivada más reciente.

**No. de Miembros en la Familia:** \_\_\_\_\_

Nombres de los miembros de la familia:

Parentesco / Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ingreso total del hogar de todas las fuentes durante los últimos 12 meses: \$ \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que, si la información que he presentado se determina que es falsa, dicha determinación dará lugar a una denegación de esta solicitud y que seré responsable y se espera que pague por los servicios provistos.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Instrucciones del Formulario de Asistencia Financiera**

El presente documento es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como asistencia comunitaria o caritativa) en Summit Pacific Medical Center, que incluye cualquiera de nuestras tres clínicas rurales de salud relacionadas, atención de urgencia y/o servicios basados en el hospital.

**El Estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera** a personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para atención gratuita o atención a precios reducidos según el número de miembros de su familia y sus ingresos, incluso si tiene un seguro de salud. Consulte la página 2 de esta solicitud para conocer los criterios de elegibilidad.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera cubre los servicios hospitalarios y clínicos proporcionados por Summit Pacific Medical Center según su elegibilidad. La asistencia financiera puede no cubrir todos los costos de atención médica, incluidos los servicios brindados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo la discapacidad y asistencia para el idioma, comuníquese con nuestra oficina de facturación (CBO Solutions) al 1-888-292-8810. También puede llamar a Kimberley Kelley al 360-346-2269 o por correo electrónico: [Enrollment@sp-mc.org](mailto:Enrollment@sp-mc.org)

**Para que su solicitud sea procesada, debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Completar la cantidad de miembros de su familia que viven en su hogar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación para el ingreso familiar**
- Adjuntar información adicional, si se necesita**
- Firmar e incluir la fecha en el formulario**

**Nota: No tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplica" o "NA"

**Envíe la solicitud completa con toda la documentación a nuestra oficina de facturación:** The CBO Solutions, P.O. Box 2726, Spokane, WA 99220.

**Para enviar su solicitud completa en persona:** Solicitudes: Todas nuestras solicitudes de asistencia financiera se pueden obtener en nuestro sitio web en [www.sp-mc.org](http://www.sp-mc.org), en la pestaña de facturación; llamando a nuestra oficina de facturación al 1-888-292-8810 y solicitando que se le envíen dichas solicitudes por correo; y/o al hacer una visita en uno de nuestros lugares físicos que se enumeran a continuación. Las copias de la solicitud están disponibles de forma gratuita para usted.

 <p><b>SUMMIT PACIFIC</b> • HEALTHCARE CLINIC •</p>	 <p><b>ELMA FAMILY MEDICINE</b></p>	 <p><b>SUMMIT PACIFIC</b> • McCLEARY HEALTHCARE CLINIC •</p>
<p>Lunes – Viernes 7 a. m.- 5 p. m. 600 E Main Street Elma, WA 98541</p>	<p>Lunes – Viernes 7 a. m.- 5 p. m. 575 E Main Street, Bldg. #2 Elma, WA 98541</p>	<p>Lunes – Viernes 7 a. m. - 5 p. m. 105 West Simpson Avenue McCleary, WA 98557</p>

*Josh Martin, Director Ejecutivo*

**Resumen Simple de Varias Opciones de Asistencia Financiera y Su Jerarquía**

**Crédito al Impuesto de Propiedad:** Los pacientes que viven dentro del distrito pueden recibir un crédito por el monto de la porción del distrito de hospitales públicos de sus impuestos a la propiedad evaluados dentro del mismo año de la fecha de servicio relacionada, hasta un crédito anual máximo de \$500. Se requiere que los pacientes suministren su declaración de impuestos a la propiedad y completen la Solicitud del Impuesto a la Propiedad.

**Asistencia Financiera:** Los pacientes que tienen un ingreso familiar anual por debajo del 200% del nivel federal de pobreza pueden solicitar una cancelación completa de su saldo. Aquellos que ganan entre el 200% y el 300% del nivel de pobreza federal pueden solicitar una cancelación parcial. A los pacientes elegibles para asistencia financiera se les cobrarán únicamente los montos generalmente recibidos de los aseguradores. Se requiere que todos los solicitantes completen el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, además de proporcionar comprobante de ingresos. SPMC cumple con las Directrices Federales de Pobreza de 2017 de los EE.UU. para las calificaciones de asistencia comunitaria/caritativa:

No. de Miembros del Hogar	Índice de Pobreza	Rango de Ingreso	Rango de Ingreso	Rango de Ingreso	Rango de Ingreso	Rango de Ingreso
1	\$12,060	\$12,060-24,120	\$24,121-26,532	\$26,533-28,944	\$28,945-31,356	\$31,357-36,180
2	\$16,240	\$16,240- 32,480	\$32,481-35,728	\$35,729-38,976	\$38,977-42,224	\$ 42,225-48,720
3	\$20,420	\$20,420- 40,840	\$40,841-44,924	\$44,925-49,008	\$49,009-53,092	\$ 53,093-61,260
4	\$24,600	\$24,600- 49,200	\$49,201-54,120	\$54,121-59,040	\$59,041-63,960	\$ 63,961-73,800
5	\$28,780	\$28,780- 57,560	\$57,561-63,316	\$63,317-69,072	\$69,073-74,828	\$ 74,829-86,340
6	\$32,960	\$32,960- 65,920	\$65,921-72,512	\$72,513-79,104	\$79,105-85,696	\$ 85,697-98,880
7	\$37,140	\$37,140- 74,280	\$74,281-81,708	\$81,709-89,136	\$89,137-96,564	\$ 96,565-111,420
8	\$41,320	\$41,320- 82,640	\$82,641-90,904	\$90,905-99,168	\$99,169-107,432	\$ 107,433-123,960
<b>Persona Adicional</b>	\$4,160	Hasta 200 % de PGL	\$200-220 % del PGL	220-240 % del PGL	240-260 % del PGL	260-300 % del PGL
<b>Descuento</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>85 %</b>	<b>75 %</b>	<b>50 %</b>	<b>37 %</b>

**Descuento Por Pronto Pago:** Los pacientes son elegibles para recibir un descuento del 25 % si el saldo se paga dentro de los 30 días. El monto del descuento debe ser calculado y deducido de la cuenta de facturación por el paciente, como se indica en la factura. Las declaraciones sólo mostrarán el mensaje "Descuento Por Pronto Pago" en la primera declaración. Este descuento del 25 % se aplicará después de que se hayan aplicado todas las demás opciones de asistencia financiera enumeradas anteriormente.

**Opciones de Plan de Pago y Preguntas de Facturación:** Se puede solicitar cualquier facturación de pacientes y hacer preguntas de pago en nuestra oficina de facturación, The CBO Solutions, que puede contactarse al 1-888-292-8810. Los pagos también se pueden hacer en [www.sp-mc.org](http://www.sp-mc.org), en la pestaña de facturación.