

Mid-Columbia Medical Center

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera/Atención de Beneficencia – Confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o con una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOTA

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y que le pidamos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 21 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

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)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Número(s) de contacto principal () _____ () _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Correo elec.: _____		
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo está desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN FAMILIAR

Mencione los familiares que viven en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte una página adicional si es necesario*

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

Se deben revelar los ingresos de todos los familiares adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación al trabajador - Discapacidad - SSI - Manutención de niños/cónyuge
- Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explique* _____)

Mid-Columbia Medical Center

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera/Atención de Beneficencia – Confidencial página 2

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir una prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. **Todos los familiares de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.**

Ejemplos de pruebas de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluyendo los anexos 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 no tiene una prueba de ingresos o si no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

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

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros activos?

Marque todas las opciones que correspondan

- Acciones Bonos 401K Cuentas(s) de ahorros para la salud Fideicomiso(s)
 Propiedades (excluyendo la residencia principal) Tiene un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que sepamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Mid-Columbia Medical Center puede verificar la información al revisar la información crediticia y obtener información de otras fuentes a fin de ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera y es posible que yo sea responsable y se espere que pague por los servicios provistos.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha