

UW Medicine









Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud para recibir asistencia financiera (también denominada “beneficencia”) en UW Medicine. El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y las familias que cumplan determinados requisitos de ingresos. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir asistencia financiera según la cantidad de miembros de la familia y el ingreso, incluso si tiene seguro médico. La asistencia se otorga si cumple con las directrices de asistencia financiera, entre ellas, el hecho de que su ingreso familiar sea igual al 300% o inferior al índice federal de pobreza. Si lo desea, puede obtener más información o consultar nuestro sitio web de asistencia financiera en www.uwmedicine.org/financialassistance o en www.valleymed.org/financialassistance.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios adecuados que ofrece UW Medicine según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de asistencia médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcionar información sobre su familia; colocar la cantidad de miembros de la familia que residen en su casa (la familia incluye los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos).
- Proporcionar información sobre el ingreso bruto mensual de la familia (ingreso antes de impuestos y deducciones).
- Proporcionar documentación sobre el ingreso familiar y declarar los bienes.
- Adjuntar información adicional si es necesario, por ejemplo, los documentos de respaldo que validen la información.
- Firmar y fechar la solicitud.

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Harborview Medical Center Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 FACSÍMIL 206.744.5187 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 4:30 p.m.</p> |  <p>UW Medical Center-Montlake Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.744.3084 FACSÍMIL 206.598.1122 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 4:30 p.m.</p> |  <p>UW Medical Center-Northwest Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 4:30 p.m.</p> |
| <p>Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services 1330 Meridian Ave. N Suite 260 Seattle, WA 98133 206.598.1950 or 1.877.780.1121 FACSÍMIL 206.668.6469 LUNES A VIERNES 8 a.m. – 4:30 p.m.</p> |  <p>Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 425.690.3578 FACSÍMIL 425.690.9578 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p> |  <p>UW Physicians UW Neighborhood Clinics Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 or 1.855.520.9300 FACSÍMIL 206.520.3200 LUNES A VIERNES 9:00 a.m. – 5:00 p.m.</p> |
|  <p>Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 or 1.877.780.1121 FACSÍMIL 206.598.2360 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 4:30 p.m.</p> |  <p>Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 FACSÍMIL 425.690.9578 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p> |  <p>Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.598.2912 FACSÍMIL 206.521.1612 LUNES A VIERNES 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p> |

Si tiene alguna pregunta y necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el centro anteriormente mencionado en el que vaya a solicitar atención. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad o asistencia en su propio idioma. Le informaremos la resolución final sobre su elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días naturales a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa de asistencia financiera, incluida la documentación de los ingresos. Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que nosotros realicemos todas las averiguaciones necesarias para confirmar la información y las obligaciones financieras.

Queremos ayudar. Presente la solicitud a tiempo. Puede recibir facturas hasta que recibamos su información.

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

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

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No Si lo necesita, escriba el idioma que prefiere: _____

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No Es posible que deba solicitar Medicaid antes de tenerlo en cuenta para la asistencia financiera

¿El paciente recibe servicios públicos estatales como el Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Alimentos Básicos o el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? Sí No

¿El paciente actualmente no tiene hogar? Sí No

¿La necesidad de recibir asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o un accidente laboral? Sí No

NOTA

- No podemos garantizarle que usted sea elegible con los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envía la solicitud, es posible que revisemos toda la información y solicitemos información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 14 días naturales una vez recibida la documentación y la solicitud completada le informaremos si usted cumple con los requisitos para recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

| | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|--|
| Nombre del paciente | | Segundo nombre del paciente | | |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____) | Número de registro médico (Medical Record Number, MRN) | Fecha de nacimiento del paciente | Número de Seguro Social del paciente (opcional) | |
| Persona responsable de pagar la factura (garante) | Vínculo con el paciente | Fecha de nacimiento del garante | Número de Seguro Social del garante (opcional) | |
| Dirección de correo _____ _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ | | | Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____ | |
| Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura | | | | |
| <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo sin empleo: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____) | | | | |

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia que residen en su casa, **incluido usted**. La "familia" incluye a los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos y que son declarados como dependientes en la declaración federal de impuestos más reciente.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

| Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco con el paciente | Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingreso | Si es mayor de 18 años de edad: Ingreso bruto total mensual (antes de impuestos): | ¿También solicita asistencia financiera? |
|--------|---------------------|----------------------------|--|---|--|
| | | | | | Sí / No |
| | | | | | Sí / No |
| | | | | | Sí / No |
| | | | | | Sí / No |

Se debe revelar el ingreso de todos los adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Salarios - Desempleo - Empleo autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Pensión infantil/conyugal - Programas de empleo para estudiantes (estudiante) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (por favor, explique _____)

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de los ingresos en la solicitud.

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

Todos los integrantes de la familia mayores de 18 años de edad deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione comprobantes para todas las fuentes de ingreso identificadas.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos, se incluyen los siguientes:

- Un formulario "W-2".
- Comprobantes de pago actuales (tres meses); o
- Estados de cuenta bancarios (tres meses); o
- La declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos los formularios si corresponde; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otro (documento de respaldo) que indique su situación y circunstancias financieras actuales, si no tiene prueba de sus ingresos, o
- Formularios donde se aprueba o se rechaza la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica estatal; o
- Formularios donde se aprueban o se rechazan subsidios por desempleo, o declaraciones escritas de los empleadores o instituciones de asistencia social.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS (Adjunte otra página para enumerar otras deudas si es necesario).

Utilizamos esta información para obtener un panorama completo de su situación financiera.

Gastos domésticos mensuales:

| | | | |
|---------------------|-------------|---|-------------|
| Renta/hipoteca | (USD) _____ | Gastos médicos | (USD) _____ |
| Primas de seguro | (USD) _____ | Servicios | (USD) _____ |
| Otras deudas/gastos | (USD) _____ | <i>(pensión infantil, préstamos, medicamentos, otros)</i> | |

INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Saldo actual de la cuenta corriente I
(USD) _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros I
(USD) _____

¿Su familia tiene los siguientes bienes?

Marque todas las opciones que correspondan.

- Acciones Bonos Plan de ahorro 401K Cuenta(s) de ahorros para gastos médicos
 Inmuebles (sin incluir la residencia principal) Negocio propio Fideicomiso(s)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si tiene más información sobre su situación financiera actual que quisiera informarnos, por ejemplo, un problema financiero, un ingreso temporal o transitorio o una pérdida personal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Comprendo que UW Medicine puede verificar la información al revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar si el paciente cumple con los requisitos para obtener asistencia financiera o planes de pago.

Ratifico que la información anteriormente mencionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si la información que he proporcionado es falsa, la consecuencia será la denegación de la asistencia financiera y seré responsable y tendré que pagar por los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha