

Instrucciones para el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

El estado de Washington exige que todos los hospitales ofrezcan asistencia financiera a personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera según la cantidad de integrantes de su núcleo familiar y sus ingresos, incluso si cuenta con seguro médico. Valley Medical Center & Clinics brinda asistencia financiera a cualquier paciente o responsable cuyo ingreso familiar bruto sea de hasta el 400 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL), ajustado según la cantidad de integrantes de su núcleo familiar y una vez agotada cualquier cobertura de terceros. Para servicios tanto de instalación como profesionales en Valley Medical Center & Clinics:

- De 0 % a 300 % del FPL: descuento del 100 % en asistencia financiera.

Para servicios únicamente de instalación con fechas de alta a partir del 1 de julio de 2022 en Valley Medical Center & Clinics:

- De 301 % a 350 % del FPL: descuento del 75 % en asistencia financiera.
- De 351 % a 400 % del FPL: descuento del 50 % en asistencia financiera

¿Qué cubre la asistencia financiera? La Política de Asistencia Financiera cubre servicios hospitalarios (instalación) y no hospitalarios (profesionales) brindados por Valley Medical Center & Clinics, según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos relacionados con la atención médica, incluyendo los servicios proporcionados por otras entidades. Puede solicitar más información o consultar nuestro sitio web en valleymed.org/financialassistance.

A fin de procesar su solicitud, usted debe: Proporcionar información sobre su familia, indicando la cantidad de integrantes de su núcleo familiar (el término "integrantes de su núcleo familiar" incluye aquellas personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).

- Proporcionar los ingresos familiares brutos mensuales (antes de impuestos y deducciones).
- Presentar documentación que respalde los ingresos familiares y una declaración de activos.
- Adjuntar información adicional si es necesario, como cartas de respaldo para validar su información.
- Firmar y colocar la fecha en el formulario.

Para enviar la Solicitud de Asistencia Financiera y los documentos de respaldo en inglés o español, ahora puede utilizar MyChart. Para enviar otras solicitudes, continúe utilizando el correo postal o fax o entréguelas en persona. Toda la información enviada para su evaluación será tratada como información de salud protegida conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Para procesar su solicitud, debe estar registrado como paciente y contar con un Número de Historia Clínica (MRN).

Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Teléfono: 425-690-3578 FAX: 425-690-9578 Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. mychart.valleymed.org/#mychart	Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Teléfono: 425-690-3578 FAX: 425-690-9578 Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. mychart.valleymed.org/#mychart
---	--

Comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud. Puede solicitar ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidades o ayuda con el idioma. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de una solicitud completa de asistencia financiera, incluyendo la documentación de ingresos. Al enviar la solicitud, usted acepta que se realicen consultas pertinentes para verificar la información.

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – Confidencial

Complete toda la información solicitada. Si alguna parte no corresponde, marque “No” o escriba “N/C”. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN PRELIMINAR

- ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No Si respondió “Sí”, indique el idioma preferido:
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No Debe presentar una solicitud previa para acceder a la asistencia financiera.
- ¿El paciente tiene seguro médico actualmente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Actualmente el paciente es beneficiario de programas públicos como TANF, WIC o asistencia alimentaria? ☐ Sí ☐ No
- ¿El paciente se encuentra actualmente sin vivienda? ☐ Sí ☐ No
- ¿La atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No

AVISO IMPORTANTE

- El hecho de presentar una solicitud no garantiza que se le otorgue asistencia financiera.
- Una vez que recibamos su solicitud, podríamos verificar toda la información proporcionada y pedirle documentación adicional o constancia de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud completa y la documentación, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro (especifique _____)		N.º de historia clínica (MRN)		Fecha de nacimiento del paciente	
N.º de Seguro Social del paciente (opcional)		Fecha de nacimiento del garante		N.º de Seguro Social del garante (opcional)	
Persona responsable del pago (garante)		Relación con el paciente		N.º de Seguro Social del paciente (opcional)	
Dirección postal				Números de teléfono con código de área	
_____ _____ _____				(____) _____ (____) _____ Correo electrónico:	
Ciudad		Estado		Código postal	
Situación laboral de la persona responsable del pago:					
☐ Empleado (fecha de contratación): ☐ Desempleado (¿cuánto tiempo lleva sin empleo?): ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro :					

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere la cantidad de integrantes de su núcleo familiar, **incluyéndose usted mismo**. Se considera “integrante de su núcleo familiar” a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

CANTIDAD DE INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR _____

Adjunte una hoja 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 (antes de impuestos)	¿Solicita también asistencia financiera?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

Debe declararse el ingreso de todos los miembros adultos del grupo familiar. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

Sueldos - Seguro Social (SSI)

- Beneficios por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes laborales - Ingresos por discapacidad - Pensión alimenticia o manutención infantil

- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensiones - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (especifique)

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – Confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Es obligatorio proporcionar información sobre los ingresos de su núcleo familiar. La verificación de ingresos es necesaria para determinar si califica para asistencia financiera. Todos los integrantes del núcleo familiar mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede presentar documentación, puede entregar una declaración firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione una constancia de cada fuente de ingresos identificada.

Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son:

- Declaración de retención “W-2”; o
- Recibos de pago actuales (últimos 3 meses); o
- Estados de cuenta bancarios (últimos 3 meses); o
- Declaración de impuestos del año anterior, incluyendo anexos si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas (carta de respaldo) que describan su situación financiera actual, si no tiene comprobantes formales; o
- Documentos que aprueben o rechacen su elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Documentos que aprueben o rechacen su elegibilidad para compensación por desempleo; o declaraciones por escrito de empleadores o agencias de asistencia pública.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS MENSUALES *(Si necesita más espacio para detallar otras deudas, adjunte otra página).*

Utilizamos esta información para obtener una visión más completa de su situación financiera.

Alquiler/Hipoteca	\$		Gastos Médicos	\$
Primas de seguros	\$		Servicios públicos	\$
Otras deudas/gastos	\$	<i>(manutención infantil, préstamos, medicamentos, etc.)</i>		

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS *(No se consideran para determinar si califica para recibir asistencia financiera, pero pueden usarse en otros programas)*

Saldo actual en cuenta corriente: \$ Saldo actual en cuenta de ahorros: \$	¿Su núcleo familiar posee alguno de los siguientes activos? Marque todas las opciones que correspondan: ☐ Acciones ☐ Bonos ☐ Cuenta 401K ☐ Fideicomiso(s) ☐ Cuenta(s) de ahorro para gastos médicos (HSA) ☐ Propiedad (excluyendo residencia principal) ☐ Negocio propio
---	---

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si desea compartir otros aspectos relacionados con su situación financiera actual, adjunte una página adicional. Puede incluir información sobre dificultades económicas, ingresos temporales o estacionales, o pérdidas personales.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Valley Medical Center & Clinics puede verificar la información proporcionada revisando datos crediticios y obteniendo información de otras fuentes, con el fin de evaluar si califico para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Declaro que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si se determina que la información proporcionada es falsa, me negarán la asistencia financiera y seré responsable de cubrir el costo total de los servicios recibidos.

Nombre de la persona que presenta la solicitud

Fecha