



Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en EvergreenHealth.

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. La política de EvergreenHealth con respecto a la elegibilidad y la escala del porcentaje del nivel federal de pobreza (en inglés: FPL%) se puede encontrar en www.evergreenhealth.com/charity-care.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por EvergreenHealth 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:

Dirección: Departamento de Servicios Financieros para el Paciente, Red 1-570; 12040 NE 128th Street; Kirkland, WA 98034-3098

Teléfono número: 425.899.1616

También puede obtener otro tipo de ayuda como asistencia por discapacidad e interpretación lingüística.

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

- Proporcionarnos información sobre su familia**
Complete el número 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 y declarar sus bienes**
- 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. Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. 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 o por fax, con toda la documentación a:

Dirección: Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para el Paciente), MS # 55; 12040 NE 128th Street; Kirkland, WA 98034-3098

Fax: 425.899.1659

Asegúrese de quedarse con una copia para usted.

Para presentar su solicitud completada personalmente:

Dirección: Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para el Paciente), Red 1-570; 12040 NE 128th Street; Kirkland, WA 98034-3098

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en el transcurso de 14 días después de haber recibido 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.



**2020 – Guías de Pobreza
Cambios efectivos 15 de enero del 2020**

De acuerdo al Registro Federal con fecha enero 15 del 2020, estas son las Guías Federales de Pobreza 2020 para todos los estados, excepto Alaska y Hawái:

Número de Personas en la Familia	Guía Federal de Pobreza Mensual	Guía Federal de Pobreza Anual	Cancelación de Cuenta bajo el Servicio de Caridad	Guía Federal/EH de Pobreza Mensual (200%)	Guía Federal/EH de Pobreza Anual (200%)	Cancelación de Cuenta bajo el Servicio de Caridad (según los ingresos)	Guía Federal/EH Mensual (300%)	Guía Federal/EH Anual (300%)	Cancelación de Cuenta bajo el Servicio de Caridad (según los ingresos)	Guía Federal/EH de Pobreza Mensual (400%)	Guía Federal/EH de Pobreza Anual (400%)	Cancelación de Cuenta bajo el Servicio de Caridad (según los ingresos)
1	\$1,063.33	\$12,760	100%	\$1,063.34 to \$2,126.66	\$25,520	100%	\$2,126.67 to \$3,189.99	\$38,280	50%	\$3,190.00 to \$4,253.32	\$51,040	25%
2	\$1,436.67	\$17,240	100%	\$1,436.68 to \$2,873.34	\$34,480	100%	\$2,873.35 to \$4,310.01	\$51,720	50%	\$4,310.02 to \$5,746.68	\$68,960	25%
3	\$1,810.00	\$21,720	100%	\$1,810.01 to \$3,620.00	\$43,440	100%	\$3,620.01 to \$5,430.00	\$65,160	50%	\$5,430.01 to \$7,240.00	\$86,880	25%
4	\$2,183.33	\$26,200	100%	\$2,183.34 to \$4,366.66	\$52,400	100%	\$4,366.67 to \$6,549.99	\$78,600	50%	\$6,550.00 to \$8,733.32	\$104,800	25%
5	\$2,556.67	\$30,680	100%	\$2,556.68 to \$5,113.34	\$61,360	100%	\$5,113.35 to \$7,670.01	\$92,040	50%	\$7,670.02 to \$10,226.68	\$122,720	25%
6	\$2,930.00	\$35,160	100%	\$2,930.01 to \$5,860.00	\$70,320	100%	\$5,860.01 to \$8,790.00	\$105,480	50%	\$8,790.01 to \$11,720.00	\$140,640	25%
7	\$3,303.33	\$39,640	100%	\$3,303.34 to \$6,606.66	\$79,280	100%	\$6,606.67 to \$9,909.99	\$118,920	50%	\$9,910.00 to \$13,213.32	\$158,560	25%
8	\$3,676.67	\$44,120	100%	\$3,676.68 to \$7,353.34	\$88,240	100%	\$7,353.35 to \$11,030.01	\$132,360	50%	\$11,030.02 to \$14,706.68	\$176,480	25%

Las familias con más de 8 personas deben agregar \$4,480 por cada miembro adicional de su familia.

Las Guías de Pobreza del Departamento Health & Human Services del año también se encuentran en la página: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>



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 *Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para asistencia financiera*

¿El paciente recibe servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? Sí No

¿El paciente es 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 después de haber recibido su solicitud completa 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	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 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				Teléfono(s) del(os) contacto(s) principal(es)	
_____				() _____	
_____				() _____	
Ciudad				Dirección de correo electrónico:	
Estado		Código postal		_____	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

FAMILY INFORMATION

Haga una lista de 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* _____)



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 revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante de cada fuente de ingresos descrita.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Comprobantes de ingresos de los dos últimos 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 DE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ _____

Gastos médicos \$ _____

Primas de seguro \$ _____

Servicios públicos \$ _____

Otras deudas/gastos \$ _____ (manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 101 % de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Tiene su familia estos otros activos?

Marque todos los que correspondan

Acciones Bonos Plan 401K Fideicomiso(s)

Cuenta(s) de Ahorros para la Salud Es propietario de un negocio

Propiedades (sin incluir la vivienda principal)

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 EvergreenHealth 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 tendría que pagar por los servicios proporcionados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha