QUINCY VALLEY
MEDICAL CENTER

Solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia

Estimado paciente y familia:

Para mantener la misión y los valores fundamentales, estamos comprometidos con brindar atención médica a las personas, independientemente de su capacidad de pago.

Nuestra asistencia financiera/atención de beneficencia:
Puede ser difícil pagar las facturas médicas. Los pacientes que no pueden pagar todos o parte de sus servicios de atención médica pueden llenar y enviar este formulario para solicitar asistencia financiera. Los pacientes y las familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para recibir atención médica gratuita o a precio reducido, dependiendo del tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tienen seguro médico.

Para ver nuestra política de asistencia financiera y las directrices de la escala variable, visite el sitio web para residentes del estado: www.quincyhospital.org

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera cubre los servicios médicamente necesarios prestados por Quincy Valley Medical Center/Sageview Familia Clínica, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud: Nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y los materiales de la solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluso ayuda para discapacitados y personas con impedimento del lenguaje. Comuníquese con nosotros:
Representantes de Servicio al Cliente: www.quincyhospital.org

Quincy Valley Medical Center/Sageview Familia Clínica, 509-787-3531, de lunes a viernes, de 7:00 am a 3:30 pm

Para que su solicitud sea procesada, debe proporcionar:

- ☐ **Información sobre su familia**
  Indique la cantidad de miembros de su familia que viven en el hogar (incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- ☐ **Información acerca de los ingresos brutos mensuales de su familia** (ingresos antes de los impuestos y deducciones)
- ☐ **Declare sus activos** (según se enumeran en el formulario de asistencia financiera)
- ☐ **Adjunte información adicional si es necesario**
- ☐ **Firme y escriba la fecha en el formulario de asistencia financiera**

****Verificación de fuente de ingresos obligatoria****
Envíe copias de los siguientes documentos con su solicitud:

- Comprobantes de pago del empleo de 3 meses
- Declaración de impuestos reciente de todos los miembros de la familia
- Proporcione constancia de cualquier otra fuente de ingresos, según la lista del formulario de solicitud de asistencia financiera

Nota: No tiene que proporcionar un número del Seguro Social para solicitar la asistencia financiera. Si nos proporciona su número del Seguro Social ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se utilizan para verificar la información que nos proporciona. Si no tiene número del Seguro Social, marque "no aplica" o "NA".

Envíe por correo la solicitud llena con toda la documentación a (asegúrese de conservar una copia para usted):

Quincy Valley Medical Center, 908 10th Ave SW, Quincy, WA 98848.

Para entregar su solicitud llena en persona: Llévela a la oficina del cajero del Quincy Valley Medical Center/Sageview Familia Clínica.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y sus derechos de apelación, si corresponde, en el transcurso de 14 días calendario después de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, con la documentación de ingresos.

Al presentar la solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar su información y sus obligaciones financieras.

Deseamos ayudarle. ¡Envíe pronto su solicitud!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.

QUINCY VALLEY
MEDICAL CENTER

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia – confidencial

Llene toda la información. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte hojas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN
¿Necesita intérprete? □ **Sí** □ **No** *Si la respuesta es Sí, indique el idioma de su preferencia:*
¿Ha solicitado Medicaid el paciente? □ **Sí** □ **No** *Puede ser necesario solicitarlo para ser tomado en cuenta para la asistencia financiera*
¿Recibe el paciente servicios públicos del estado, tales como TANF, Basic Food o WIC? □ **Sí** □ **No**
¿Es el paciente una persona sin hogar? □ **Sí** □ **No**
¿Se relaciona la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de automóvil o una lesión en el trabajo? □ **Sí** □ **No**

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted califique para recibir la asistencia financiera, aunque la solicite.
- Cuando envíe su solicitud podemos verificar toda la información y pedir información adicional o constancia de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario después de recibir su solicitud y la documentación completa, le notificaremos si califica para recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
□ Masculino □ Femenino □ Otro (especifique _____)	Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social (opcional*) **opcional, pero es necesario para recibir una asistencia más generosa, superior a los requisitos de la ley estatal*
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional*) **opcional, pero es necesario para recibir una asistencia más generosa, superior a los requisitos de la ley estatal*
Dirección postal _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Números de contacto principales ( ) _____ ( ) _____ Correo electrónico: _____

Estado de empleo de la persona responsable del pago de la factura
□ **Empleado** (fecha de contratación: _____)
□ **Desempleado** (cuánto tiempo ha estado desempleado:_____)
□ **Independiente** □ **Estudiante** □ **Discapacitado** □ **Jubilado** □ **Otro** (_____)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte hojas adicionales si es necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años de edad: Ingreso bruto total mensual (antes de los impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Debe indicar los ingresos de todos los adultos miembros de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:
- Salario - Desempleo - Empleo independiente - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explique*_____)

QUINCY VALLEY
MEDICAL CENTER

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia – confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

***RECUERDE**: Debe incluir constancia 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 mayores de 18 años de edad deben indicar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede enviar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Proporcione constancia de cada fuente de ingresos identificada. Los ejemplos de constancia de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2" o
- Últimos comprobantes de pago (3 meses) o
- Declaración de impuestos del último año, incluyendo los anexos, si corresponde o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas 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 constancia de ingresos o falta de ingresos, adjunte una hoja adicional con la explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para tener una impresión más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca $_____ Gastos médicos $_____

Primas de seguro $_____ Servicios públicos $_____

Otros gastos/deudas $_____ (*manutención de menores, préstamos, medicamentos, otros*)

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información se puede usar si sus ingresos son superiores al 200 % de las Directrices Federales de Pobreza.

Último saldo de cuenta de cheques
$_____

Último saldo de cuenta de ahorros
$_____

¿Tiene su familia estos otros activos?

Marque todas las opciones que correspondan

□ Acciones □ Bonos □ 401K □ Cuentas de ahorro para gastos médicos

□ Fideicomisos □ Propiedades (aparte de la residencia principal) □ Negocio propio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una hoja adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que sepamos, por ejemplo, dificultades financieras, ingresos temporales o de temporada o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Providence Health & Services puede verificar la información mediante la revisión de la información de créditos y obtener información de otras fuentes como ayuda para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información proporcionada es verdadera y está correcta según mis conocimientos. Entiendo que si se determina que la información que proporcioné es falsa, el resultado será la denegación de la asistencia financiera y seré responsable de pagar los servicios prestados.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha