



Instrucciones del formulario de solicitud de Atención de Caridad / Asistencia Financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención de caridad) en Lake Chelan Health.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para atención gratuita o atención de precio reducido según el tamaño y los ingresos de su familia, incluso si tiene seguro médico. Consulte la póliza del hospital en <https://lakechelanhealth.org/for-patients-families-2/patient-billing-services/>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios y nohospitalarios apropiados proporcionados por Lake Chelan Health, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Llame al (509) 682-6103 con cualquier pregunta que pueda tener. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la discapacidad y la asistencia lingüística.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proveernos información sobre tu familia**
Complete el número de miembros de familia en su hogar (familia incluye a las personas relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Proveernos información sobre el ingreso mensual bruto de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

Envíe por correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: Lake Chelan Health P.O. Box 908, Chelan, WA 98816. Fax: (509) 682-3432. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para entregar su solicitud completa en persona: Business Office, 503 E Highland Ave, Chelan WA 98816 (509) 682-3300. La línea directa para preguntas es (509) 682-6103.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de 14 días de calendario posteriores al recibir una solicitud completa de asistencia financiera, incluyendo la documentación de ingresos.

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

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud con prontitud!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.



Formulario de solicitud de Atención de Caridad / Asistencia Financiera – Confidencial

Por favor, complete toda la información por completo. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN GENERAL

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, escriba el idioma preferido: _____
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Alimentos Básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente está 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 una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, incluso si lo solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y podemos solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días de calendario posteriores al recibir su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y SOLICITANTES

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	
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de Nacimiento
Dirección postal _____	Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____	
Código postal de la ciudad-estado _____	Dirección de correo electrónico: _____	
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> No empleado (cuanto tiempo) _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por propia cuenta <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye a 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: Ingresos brutos mensuales totales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser divulgados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención de los hijos/cónyuges
- Programas de estudio laboral (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (*por favor explicar _____*)



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

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir un comprobante 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 miembros de la familia de 18 años o más deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Por favor proporcionar pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluidos los cronogramas 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 la compensación por desempleo.

Si no tiene ningún comprobante de ingresos o ningún ingreso, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Lake Chelan Health puede verificar la información revisando información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que doy es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y esperar que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona aplicando

Fecha