



## Instrucciones para el formulario de solicitud de ayuda económica/atención de beneficencia

Esta es una solicitud de ayuda económica (también conocida como atención de beneficencia) en Lake Chelan Health.

**El estado de Washington exige a todos los hospitales que brinden ayuda económica** a las personas y familias que cumplan determinados requisitos de ingresos. En función del grupo familiar y de sus ingresos, puede ser elegible para recibir ayuda gratuita o a un precio reducido, aunque tenga seguro médico. Consulte la política del hospital en <https://lakechelanhealth.org/for-patients-families-2/patient-billing-services/billing-services/>.

**¿Qué cubre la ayuda económica?** La ayuda económica del hospital cubre los servicios hospitalarios y no hospitalarios adecuados prestados por Lake Chelan Health, según su elegibilidad. Es posible que la ayuda económica 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. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y ayuda con el idioma.

### **Para que su solicitud sea procesada, debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Completar el número de miembros de la familia que viven en su hogar (la familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Adjuntar 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 guardarse una copia.

**Para presentar su solicitud completa de forma presencial:** Business Office, 110 S Apple Blossom, Chelan WA 98816 (509) 682-3300. La línea directa para preguntas es (509) 682-6103.

En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud de ayuda económica completa, incluida la documentación relativa a los ingresos, le notificaremos la determinación final sobre su derecho a la ayuda y los derechos de apelación, si procede.



**Confidencial: Formulario de solicitud de ayuda económica/atención de beneficencia**

**Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte páginas adicionales si es necesario.**

**INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS**

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente solicitó Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos Básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE**

- No podemos garantizar que califique para recibir ayuda económica, aunque la solicite.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos comprobar toda la información y pedirle información adicional o comprobante de ingresos.
- En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica para recibir la ayuda.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE**

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	
Dirección postal _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Número(s) principal(es) de contacto ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Estado laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (Fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (hace cuánto tiempo está desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Autónomo</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (_____)			

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Haga una lista de los miembros de su familia que viven en su hogar, incluyéndose a usted. La "familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

**GRUPO FAMILIAR** \_\_\_\_\_

*Adjunte páginas adicionales 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 ayuda económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

**Deben declararse los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**  
- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención de los hijos/cónyuge - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación  
- Otros (*explique* \_\_\_\_\_)



## Confidencial: Formulario de solicitud de ayuda económica/atención de beneficencia

### INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere comprobación de los ingresos para determinar la ayuda económica. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada. Los siguientes son ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Un comprobante de retención "W-2"; o
- Recibos de sueldo vigentes (3 meses); o
- La declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluidos los anexos, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas por empleadores u otros; o
- Aprobación o denegación de la elegibilidad para Medicaid o la asistencia médica financiada por el Estado; o
- Aprobación o denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo.

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

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay alguna otra información sobre su estado económico actual que le gustaría que conozcamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

### ACUERDO CON EL PACIENTE

Entiendo que Lake Chelan Health puede comprobar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la ayuda económica o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información económica que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la ayuda económica, y puedo ser responsable de los servicios prestados y se espera que los pague.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha