

## Instrucciones para el Formulario de solicitud de atención de beneficencia/asistencia financiera

Se trata de una solicitud de asistencia financiera (también denominada atención de beneficencia) ante las oficinas de Facey Medical Group.

**Las leyes federales y estatales requieren que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Según el tamaño e ingresos de su familia, puede calificar para atención sin costo o con descuento, aun si tiene seguro médico. Para consultar la Política de asistencia financiera y las pautas de escala móvil, visite nuestro sitio web <https://www.providence.org/obp/ca>.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera médica cubre la atención médicamente necesaria proporcionada por hospitales o clínicas pertenecientes a la familia de organizaciones de Providence, sujeto a su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos servicios proporcionados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud:** Puede acceder a nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y materiales relacionados con la solicitud en nuestro sitio web o comunicándose por teléfono. Puede solicitar ayuda por cualquier motivo, incluido discapacidad o asistencia lingüística. Puede solicitar documentos por escrito traducidos. Para comunicarse con nosotros: Servicio al Cliente de la Oficina Comercial (Business Office) al 844-888-3593, por correo o ingresando a <https://www.providence.org/obp/ca>

### Para el procesamiento de su solicitud, debe:

**Proporcionarnos información sobre su familia**

Indique la cantidad de familiares que integran su núcleo familiar ("familiares" incluye personas con vínculo consanguíneo, por matrimonio o por adopción que viven juntas)

**Proporcionarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de restar los impuestos y las deducciones) para incluir recibos de pago, formularios W-2, declaraciones fiscales, cartas de asignación del seguro social y declaraciones de ingresos por bienes, y declarar y proporcionar documentación por los bienes.**<sup>1</sup> (Consulte ejemplos en la sección "Ingresos" de la solicitud de asistencia financiera)

**Adjuntar información adicional, si es necesario**

**Firmar y fechar la solicitud de asistencia financiera**

**Tenga en cuenta: No es necesario proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si proporciona un número de Seguro Social, su número de Seguro Social se puede usar para identificarlo o para verificar información proporcionada. Si no tiene un número de Seguro Social, seleccione "no aplica" o "NA".

**Enviar por correo postal la solicitud completada junto con toda la documentación a:** Providence Facey Medical Foundation c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395. Asegúrese de conservar una copia.

**Para presentar la solicitud completada en persona:** Entréguela en su oficina de Facey Medical Group más cercana. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, entre 14 y 30 días después de recibir la solicitud completada de asistencia financiera, incluida la documentación de ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, nos autoriza a realizar las averiguaciones necesarias para confirmar obligaciones e información financiera.

1 Excepto que lo prohíban las leyes estatales, para el informe de costos de Medicare, Providence Facey Medical Foundation considerará y recopilará información relacionada con bienes conforme a lo que establecen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*).

**Queremos ayudar. Presente su solicitud sin demora. Es posible que siga recibiendo estados de cuenta de facturación hasta que recibamos la solicitud completada y la documentación requerida, salvo que las leyes de atención de beneficencia de su estado dispongan otra cosa.**

## Formulario de solicitud de atención de beneficencia/asistencia financiera – CONFIDENCIAL

Complete toda la información solicitada. Si no corresponde, escriba "NA". Si es necesario, adjunte páginas adicionales.

### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  **Sí**  **No** Si responde sí, indique el idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿El paciente solicitó Medicaid?  **Sí**  **No** ¿El paciente es ciego?  **Sí**  **No** ¿El paciente es discapacitado?  **Sí**  **No**

¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF (asistencia temporal para familias necesitadas), Basic Food o WIC (Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños)?  **Sí**  **No**

¿El paciente es actualmente una persona sin hogar?  **Sí**  **No**

¿La necesidad de atención médica del paciente se relaciona con un accidente de tránsito o una lesión laboral?  **Sí**  **No**

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- Aunque realice la solicitud, no podemos garantizar que califique para la asistencia financiera.
- Cuando envíe la solicitud, es posible que después de verificar toda la información le solicitemos más información para probar los ingresos.
- Lo notificaremos sobre la determinación alcanzada dentro del plazo de 14 a 30 días a partir de la recepción de su solicitud completada junto con la documentación.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

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	Número de Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
Dirección postal _____		Número de teléfono de contactos principales ( ) _____ ( ) _____	
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico: _____
Estado laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación): _____ <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (desde cuándo es desempleado): _____ <input type="checkbox"/> <b>Empleado por cuenta propia</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

Enumere los integrantes de su núcleo familiar, incluido usted. "Familiares" incluye personas con vínculo consanguíneo, por matrimonio o por adopción que viven juntas.

**TAMAÑO 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: Total de ingresos brutos mensuales (antes de restar los impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Debe informar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, entre otras, las siguientes:**

Salarios, desempleo, empleo por cuenta propia, compensación del trabajador, discapacidad, Seguro de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*), pensión alimenticia de hijos o cónyuge; programas para estudiar y trabajar (estudiantes); ingresos por bienes (acciones, bonos, cuentas individuales de jubilación [*individual retirement accounts, IRA*], fondos mutuales, ingresos por alquileres, etc.).

## Formulario de solicitud de atención de beneficencia/asistencia financiera – CONFIDENCIAL

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es un requisito para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. **Todos los familiares de 18 años o más deben informar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración por escrito y firmada que describa sus ingresos. Recuerde proporcionar prueba para todas las fuentes de ingresos identificadas. Algunos ejemplos de prueba de ingresos son los siguientes:**

- Declaración de retención W-2
- Recibos de pago vigentes (3 meses)
- Declaración fiscal de ingresos del año anterior, incluidos cronogramas, si aplica
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otros
- Declaraciones de ingresos por bienes (acciones, bonos, IRA, fondos mutuales, etc.)
- Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación por desempleo

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional explicándolo.

### INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para entender mejor su situación financiera.

Gastos de vida esenciales mensuales:

Alquiler/hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Primas de seguro médico \$ \_\_\_\_\_

Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos \$ \_\_\_\_\_

(pensión alimenticia, préstamos, medicamentos, otro)

### INFORMACIÓN DE BIENES

Esta información solo se usará de conformidad con nuestras políticas y las reglamentaciones del estado donde recibió atención y se considerará y recopilará conforme a lo que establecen los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) para el informe de costos a Medicaid.

Saldo actual de cuenta de cheques:

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de cuenta de ahorro:

\$ \_\_\_\_\_

¿Su familia es propietaria de alguno de los bienes a continuación? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- Acciones    Bonos    401K    Cuentas de ahorros médicos    Fideicomisos  
 Inmuebles (sin contar el domicilio principal)    Propiedad de una empresa

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Sírvase adjuntar una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que quiera compartir con nosotros, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Providence Facey Medical Foundation puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Confirmando que la información proporcionada anteriormente es fiel e íntegra a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que proporcioné información financiera falsa, puede denegarse la asistencia financiera y puedo ser responsable de los servicios prestados, por los cuales se puede esperar que pague.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha