

Instrucciones del formulario de solicitud de ayuda benéfica/ayuda económica

Esta es una solicitud de ayuda económica (también conocida como “ayuda benéfica”) en Jefferson Healthcare.

El estado de Washington exige que todos los hospitales den ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos, incluso si cuenta con seguro médico. Las opciones de ayuda económica pueden incluir lo siguiente:

- **Enlace de acceso para pacientes (PAL):** Ayuda económica de Jefferson Healthcare, que incluye la oportunidad de pedir ayuda económica o la escala variable de tarifas según lo regula la ley del estado de Washington
- **Descuento por pronto pago:** Se aplica un descuento del 25 % a los saldos pagados en el plazo de treinta (30) días después del envío del estado de cuenta. Esto solo es elegible para pagos automáticos o saldos sin seguro.
- **Acuerdos de planes de pago:** Después de consultar con un asesor económico, los pacientes pueden pedir o les pueden ofrecer la opción de dividir sus pagos en mensualidades si no pueden pagar el saldo total durante el ciclo de facturación inicial.
- **Otras fuentes de financiamiento:** Si los pacientes son elegibles para otras fuentes de financiamiento sin costo (Medicaid/DSHS), deben pedir esos servicios y recibir una determinación antes de considerarlos para el programa de ayuda económica.

¿Qué cubre la ayuda económica? La ayuda económica hospitalaria cubre los servicios de hospital apropiados prestados por Jefferson Healthcare, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la ayuda económica no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones y los copagos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud: La Oficina de Servicios Financieros (Financial Services Office) está en la planta principal del hospital en 834 Sheridan St Port Townsend, WA 98368. También puede llamar a la oficina por teléfono al (360)385-2271, de 8:00 a. m. – 5:00 p. m., de lunes a viernes. El horario de atención es de 9:00 a. m. – 5:00 p. m., de lunes a viernes. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo asistencia por discapacidad e idioma.

Para que se pueda procesar su solicitud, debe hacer lo siguiente:

- Darnos información sobre su familia**
Complete el número de familiares en su grupo familiar (la familia incluye a las personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción)
- Darnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Presentar la documentación sobre los ingresos familiares y declarar los bienes**
- Adjuntar más información si es necesario**
- Firmar y poner la fecha en el formulario**



834 Sheridan St- Port Townsend, WA 98368

Nota: No necesita dar un número de Seguro Social para pedir ayuda económica. Si nos da su número de Seguro Social, eso ayudará a agilizar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que nos dan. Si no tiene un número de Seguro Social, marque “No corresponde” o “NA”.

Envíe la solicitud completada por correo o fax con toda la documentación a: Jefferson Healthcare — 834 Sheridan St Port Townsend, WA 98368. La solicitud y todos los documentos de respaldo se pueden enviar por fax al (360) 379-4381. Asegúrese de conservar una copia para usted.

Si quiere presentar su solicitud completada en persona: La Oficina de Servicios Financieros está en la planta principal del hospital en 834 Sheridan St Port Townsend, WA 98368. Cuando llegue a la entrada principal (de Sheridan y 7th), un conserje en la entrada estará encantado de dirigirlo a la oficina.

Le informaremos sobre la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en el plazo de 14 días calendario después de recibir una solicitud de ayuda económica completada, incluyendo la documentación de los ingresos.

Cuando presenta una solicitud de ayuda económica, está dando su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar sus obligaciones y su información financiera.

Equipo de consejería financiera

(360) 385-2271

Horario de atención por teléfono 8:00 a. m. – 5:00 p. m., de lunes a viernes

Horario de atención de 9:00 a. m. – 5:00 p. m., de lunes a viernes

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud sin demora!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.**

Jefferson Healthcare

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:</i> |
| ¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera</i> |
| ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es el paciente actualmente una persona 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 en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 calendario luego de que recibamos su solicitud completada 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*) <small>*opcional, pero necesario para obtener un subsidio o más beneficios o el monto de los requisitos de las estatales</small> |
| Persona responsable de pagar la factura | Relación con el paciente | Fecha de nacimiento Número del Seguro Social (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia o más, en caso contrario de los requisitos de las estatales</small> |
| Dirección postal _____ _____ Ciudad Estado Código postal | | Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____ |
| 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 (_____) | | |

Jefferson Healthcare

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica — confidencial

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique 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* _____)

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

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 3 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 SOBRE 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 \$ _____ | <i>(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)</i> |

Jefferson Healthcare

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica — confidencial

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 \$ _____ | ¿Tiene su familia estos otros activos? Marque todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Plan 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorros para la Salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedades (sin incluir la vivienda principal) <input type="checkbox"/> Es propietario de un negocio |
| Saldo actual de la cuenta de ahorros \$ _____ | |

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 Jefferson Healthcare 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 e 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 tener que pagar por los servicios proporcionados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha