

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA



Esta es una solicitud de ayuda financiera de MultiCare Health System.

El Estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen ayuda financiera a las personas y familias que cumplan con determinados requisitos de ingreso. Puede que usted califique para recibir atención gratuita o con un costo reducido, en función del tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene un seguro de salud. MultiCare utiliza los Lineamientos Federales de Pobreza para poder determinar qué Programa de Ayuda Financiera se adapta mejor a las necesidades del paciente. Después que se haya completado la evaluación financiera del ingreso del paciente, la factura del paciente se reducirá en un 100 %, si su nivel de ingreso está en un 300 % o por debajo de los Lineamientos Federales de Pobreza. Si el nivel de ingreso del paciente se encuentra entre 301 y 400 por ciento de los Lineamientos Federales de Pobreza, la factura del paciente se verá reducida de acuerdo con la escala móvil que se presenta a continuación.

Poverty Level, Up To		
300%	350%	400%
Charity Discount		
100%	75%	70%
Patient Responsibility		
0%	25%	30%



¿Qué cubre la ayuda financiera? La ayuda financiera cubre los servicios hospitalarios y clínicos médicamente necesarios proporcionados por MultiCare Health System, según su elegibilidad. Puede que la ayuda financiera no cubra todos los costos de atención sanitaria, como los servicios prestados por otras organizaciones. Para obtener información sobre el listado de exclusiones, consulte nuestra Política de Ayuda Financiera en la Clínica en nuestro sitio web.

En el caso de que tenga preguntas o de que necesite ayuda para completar esta solicitud: Visite la sección de Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) en multicare.org/financial-assistance o llame al: 1-800-919-1936.

Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y el idioma.

Para configurar o recibir ayuda con MyChart, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente: 1-844-388-2356.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporciónenos información acerca de su familia:** ingrese el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye las personas cuyo parentesco sea por nacimiento, matrimonio o adopción y que conviven con usted)
- Proporciónenos información acerca de los ingresos brutos mensuales (ingresos antes de las deducciones) de su familia.**
- Proporcione la documentación de los ingresos de su familia**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firme y ponga la fecha en el formulario**

Nota: no tiene que aportar un número de Seguridad Social para solicitar la ayuda financiera. Si aporta dicho número, esto nos ayudará a acelerar el proceso de tramitación de su solicitud. Los números de Seguridad Social se usan para verificar la información que nos proporcionan. Si usted no tiene un número de Seguridad Social, por favor, marque "N/A (no corresponde)".

Para enviar su solicitud completa con toda la documentación:

- **Por correo:** PO BOX 5299 MS: 1002-1-PFN TACOMA, WA 98415-0299
- **Por fax:** 253-864-4017
- **En línea mediante:** MyChart*
- **Por el correo electrónico:** PFNFinancialAssistance@multicare.org
- **Presencial:** Lleve una copia impresa de su solicitud de ayuda financiera cumplimentada a cualquiera de nuestros hospitales principales o al mostrador de admisión de los centros médicos.

Le notificaremos la determinación final de la elegibilidad y los derechos de apelación, si procede, en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de una solicitud de ayuda financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Estamos aquí para ayudarle. Por favor, envíe su solicitud lo antes posible!
Puede que reciba facturas hasta que recibamos su información**

Por favor, complete toda la información. Si no procede, ponga «NA». Agregue páginas adicionales si es necesario.*

INFORMACIÓN DE CRIBADO

¿Necesita un intérprete? Sí No *De ser así, indique su idioma de preferencia:*

¿Ha solicitado el paciente cobertura de Medicaid? Sí No

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales tales como TANF, Basic Food o WIC? Sí No

¿Se encuentra el paciente sin hogar en este momento? Sí No

¿Se debe la necesidad de atención médica del paciente a un accidente de auto o a una lesión laboral? Sí No

TENGA EN CUENTA QUE:

- No podemos garantizarle que cumplirá los requisitos para recibir ayuda económica, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobantes de sus ingresos.
- Le avisaremos si cumple los requisitos para la ayuda dentro de los catorce días naturales de haber recibido su solicitud debidamente completada junto con la documentación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

primer nombre del paciente		segundo nombre del paciente		apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		N.º de cuenta	
Persona responsable de pagar la cuenta		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	N.º del seguro social (<i>optativo</i>)	
Dirección postal				Principales números de contacto	
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				() _____ () _____ Correo electrónico: _____	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la cuenta					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de inicio: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (por cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere los miembros de la familia que vivan en su hogar, incluido usted. La «familia» incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Agregue una página adicional si es necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: ingreso mensual bruto total (antes de las retenciones de impuestos):	¿También está solicitando ayuda económica?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

*** Atención de urgencia MultiCare Indigo visitas NO están cubiertas por Ayuda financiera de MultiCare programa.**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA. CONFIDENCIAL (cont.)

INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe adjuntar comprobantes de ingresos a la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos actuales de su familia. Las fuentes de ingresos comprenden, por ejemplo:

- Salarios – Prestación por desempleo – Trabajo por cuenta propia – Indemnización laboral – Discapacidad – SSI
- Pensión alimenticia/manutención conyugal – Programas de trabajo y estudios (estudiantes – Pensión
- Distribuciones de cuentas de jubilación – Otras (explique: _____)

Es necesario verificar los ingresos para determinar la ayuda económica.

Todos los integrantes de la familia que sean mayores de 18 años deben dar a conocer sus ingresos actuales. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada describiendo sus ingresos.

Proporcione comprobantes de cada una de las fuentes de ingresos identificadas. Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Declaración de retención actual "W-2"; o
- talones de pago recientes (de los últimos 3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre la renta más reciente, incluidos anexos si corresponde; o
- declaraciones por escrito firmadas de sus empleadores u otros; o
- una carta de aprobación o denegación de la prestación por desempleo.

Proporcione uno de los ejemplos anteriores que sea una representación fiel de sus ingresos más recientes. Si no tiene comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, agregue una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Incluya una página adicional si tiene otra información respecto a su situación económica actual que desee compartir, como dificultades económicas, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que MultiCare Health System puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes con el fin de determinar la aptitud para recibir ayuda económica o planes de pagos a plazos.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información proporcionada es falsa, el resultado será la denegación de la ayuda económica y seré responsable de pagar por los servicios recibidos.

Firma del solicitante

Fecha