



Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención de beneficencia

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención de beneficencia) en Providence Health and Services.

La ley federal y estatal exige que todos los hospitales den asistencia financiera a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Podría optar por la atención gratuita o con descuento según el número de integrantes de su familia, incluso si tiene seguro de salud. Para ver nuestra política de asistencia financiera y las directrices de la escala variable, consulte el sitio web del estado donde reside en <https://www.providence.org/obp>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera médica cubre la atención hospitalaria médicamente necesaria dada por uno de nuestros hospitales en función de su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud: Nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y el material de la solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluso ayuda para discapacitados y personas con impedimentos del lenguaje. Documentos escritos traducidos disponibles a pedido.

Comuníquese con nosotros: <https://www.providence.org/obp>

Representantes de Servicios al Cliente: 503-215-3030 o 866-747-2455

Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Darnos información sobre su familia**
Indique la cantidad de integrantes del grupo familiar (incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Darnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de aplicar los impuestos y las deducciones) e incluya comprobantes de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos, cartas de beneficios del seguro social, etc.**
(vea más ejemplos en la sección Ingresos del formulario de solicitud de asistencia financiera)
- Presentar la documentación de los ingresos familiares y declarar los activos**
- Adjuntar información complementaria si es necesario**
- Firmar y escribir la fecha en el formulario de asistencia financiera**

Nota: No tiene que dar un número del Seguro Social para pedir la asistencia financiera. Si nos da su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social sirven para verificar la información que nos da. Si no tiene número de Seguro Social, marque "no aplica" o "NA".

Envíe por correo postal el formulario completo con toda la documentación a: PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299, Portland, OR 97208-3395. Guarde una copia para usted.

Para entregar su solicitud completa en persona: Llévela a la oficina del cajero del hospital más cercano.

Le notificaremos sobre la decisión final sobre su elegibilidad y derechos de apelación, si corresponde, en el transcurso de 30 días después de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa con la documentación de ingresos.

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

Queremos ayudarle. ¡Envíe pronto su solicitud!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.

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

Llene toda la información. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte hojas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique el idioma de su preferencia:
¿Ha presentado el paciente alguna solicitud para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe el paciente servicios públicos del estado, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente una persona sin casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se relaciona la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de automóvil o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted pueda optar por la asistencia financiera, aunque la pida.
- Cuando envíe su solicitud, verificaremos toda la información y quizás le pediremos más información o una constancia de ingresos.
- En el transcurso de 30 días después de recibir su solicitud y la documentación completa, le notificaremos si puede recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente (opcional*) <i>*opcional pero necesario para recibir una asistencia más generosa superior a los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Número de Seguro Social (opcional*) <i>*opcional pero necesario para recibir una asistencia más generosa superior a los requisitos de la ley estatal</i>	
Ciudad	Estado	Código postal
Estado de empleo de la persona responsable del pago de la factura		Números de contacto principales () _____ () _____ Correo electrónico: _____
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo ha estado desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los familiares del grupo familiar, incluido usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años de edad: Ingresos brutos totales mensuales (antes de los impuestos):	¿También está pidiendo asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Debe indicar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salario - Desempleo - Empleo independiente - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (explique _____)

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

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir una constancia de ingresos con su solicitud.

Debe dar información sobre los ingresos de su familia. Es necesaria la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los familiares mayores de 18 años de edad deben indicar sus ingresos. Si no puede dar la documentación, puede enviar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Entregue constancia de cada fuente de ingresos identificada.

Los ejemplos de constancia de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2" o
- Últimos comprobantes de pago (3 meses); o
- Declaración de impuestos del último año, incluidos los anexos, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para recibir Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/rechazo de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si no tiene constancia de ingresos o falta de ingresos, adjunte una hoja complementaria con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para tener una impresión más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del grupo familiar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otros gastos/deudas	\$ _____	(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otros)	

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información puede ser útil si sus ingresos son superiores al 101 % de las Directrices Federales de Pobreza.

Último saldo de cuenta de cheques \$ _____ Último saldo de cuenta de ahorros \$ _____	¿Tiene su familia estos otros activos? Marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro para gastos médicos <input type="checkbox"/> Fideicomisos <input type="checkbox"/> Propiedades (aparte de la residencia principal) <input type="checkbox"/> Negocio propio
--	---

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Adjunte una hoja complementaria si hay más información sobre su situación financiera actual que quiera compartir con nosotros, por ejemplo, dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o de temporada o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Providence Health and Services puede verificar la información mediante la revisión de la información de créditos y obtener información de otras fuentes para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información dada es verdadera y está correcta según mis conocimientos. Entiendo que, si se determina que la información que doy es falsa, la asistencia financiera podrá ser rechazada, por lo que sería mi responsabilidad pagar por los servicios ofrecidos.

Firma del solicitante

Fecha