



## Instrucciones para el Formulario de Solicitud de Atención Caritativa/Asistencia Financiera

Esta es una solicitud para la asistencia financiera (también conocida como atención caritativa) en Providence.

**Las leyes federales y estatales requieren que todos los hospitales brinden asistencia financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Para ver nuestra política de asistencia financiera y las pautas de la escala móvil, visite el sitio web de su estado de residencia en <https://www.providence.org/obp>.

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

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y los materiales de solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluido por discapacidad y asistencia con el idioma. Hay documentos escritos traducidos disponibles a pedido. Aquí le indicamos cómo comunicarse con nosotros: <https://www.providence.org/obp>

Representantes de Servicio al Cliente en: 503-215-7575 o 855-229-6466

Lunes a Viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Brindarnos información sobre su familia**  
Complete el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Brindarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos sin impuestos y deducciones) para incluir talones de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos, cartas de adjudicación del seguro social y declaraciones de ingresos extraídos de activos, y declarar y proporcionar documentación de activos.**<sup>1</sup> (consulte la Sección de Ingresos de la solicitud de asistencia financiera para obtener más ejemplos)
- Adjuntar información adicional si es necesario**
- Firmar y poner fecha en el formulario de asistencia financiera**

**Nota: No tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número de Seguro Social, éste puede usarse para identificarlo o para verificar la información que nos proporcionó. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA".

**Enviar por correo la solicitud completa con toda la documentación a:** Providence Regional Business Office,

P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Asegúrese de guardar una copia para usted.

<sup>1</sup> Salvo que lo prohíba la ley estatal, Providence recopilará y considerará la información relacionada con los activos según lo requieran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el informe de costos de Medicare.



**Para enviar su solicitud completa en persona:** Lleve a la Oficina de Consejería Financiera del Hospital más cercano. Le notificaremos la resolución final sobre la elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, entre 14 y 30 días después de recibir una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de ingresos.

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

**Queremos ayudar. Envíe su solicitud a la brevedad. Puede continuar recibiendo resúmenes de facturación hasta que recibamos su solicitud completa y la documentación requerida, a menos que lo prohíban las leyes de atención caritativa de su estado.**



**Formulario de Solicitud de Atención Caritativa/Asistencia Financiera: confidencial**

Por favor complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

**INFORMACIÓN DEL EXAMEN**

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", indique el idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No ¿El paciente es ciego?  Sí  No ¿El paciente está discapacitado?  Sí  No

¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC?  Sí  No

¿El paciente está actualmente sin hogar?  Sí  No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral?  Sí  No

**TENGA EN CUENTA**

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 a 30 días posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos nuestra determinación.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL 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(s) de contacto principal(es) ( ) _____ ( ) _____ Correo electrónico: _____
Ciudad	Estado	Código Postal	

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura

**Empleado**(fecha de contratación): \_\_\_\_\_  **Desempleado**(cuánto tiempo lleva desempleado:) \_\_\_\_\_

**Trabajador autónomo**  **Estudiante**  **Discapacitado**  **Jubilado**  **Otro** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Liste los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Adjunte una página adicional 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: Ingreso mensual bruto total (sin impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

Salarios- Desempleo-Empleo autónomo-Compensación del trabajador-Discapacidad-SSI-Manutención infantil/conyugal-Programas de estudio y trabajo (estudiantes)- Ingresos extraídos de activos, por ejemplo, acciones, bonos, IRA, fondos de inversión, ingresos por alquiler, etc.



Formulario de Solicitud de Atención Caritativa/Asistencia Financiera: confidencial

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

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

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione prueba de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos pueden ser:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de sueldo actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos del último año, incluyendo anexos si aplica; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Declaraciones de ingresos extraídas de activos (acciones, bonos, IRA, fondos de inversión, etc.); o
- Aprobación/negación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

**INFORMACIÓN DE GASTOS**

*Usamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.*

Gastos Básicos de Subsistencia Mensuales:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del Seguro Médico	\$ _____	Servicios	\$ _____
Otras Deudas/Gastos	\$ _____ (manutención de niños, préstamos, medicamentos, otros)		

**INFORMACIÓN DE ACTIVOS**

*Esta información solo se puede usar de acuerdo con nuestra política y las reglamentaciones del Estado en las que recibió atención y se recopila y considera como requerido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el informe de costos de Medicare.*

Saldo actual de la cuenta corriente

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

Saldo actual de la cuenta de ahorros

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

¿Su familia tiene estos otros bienes? **Marque todo lo que corresponda:**

- Acciones  Bonos  401K  Cuenta(s) de ahorro para la salud
- Fideicomiso(s)  Propiedad (excluida la residencia principal)
- Posesión de un negocio

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

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

**ACUERDO DEL PACIENTE**

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

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que brindo es falsa, el resultado puede ser el rechazo de asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha