



La Instrucción del Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Santiam Hospital entiende que las facturas médicas pueden ser inesperadas y pueden ser difíciles de pagar. Con el fin de ayudar con esta carga, asistencia financiera de oficial del Hospital Santiam a nuestros pacientes que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. De acuerdo con esos requisitos, una persona o familia puede calificar para la reducción en el costo del servicio parcial o en su totalidad, incluso si usted tiene seguro de salud.

¿Qué cubre? La Asistencia Financiera cubre los servicios en el Hospital Santiam, así como cualquiera de nuestra clínica afiliada para la base de servicios médicamente necesarios, la elegibilidad es para una persona. La asistencia financiera no puede cubrir ningún costo adicional incurrido o proporcionado por otras organizaciones.

¿Cómo presentar su solicitud? Para solicitar asistencia financiera complete y devuelva el formulario adjunto a mi correo a Santiam Hospital Financial Counselor, PO Box 577, Stayton, OR 97383, por fax al 503-769-3472 o por correo electrónico a patientaccounts@santiamhospital.org. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame a nuestro especialista en asistencia financiera al 503-769-4572.

¿Qué información se necesita para aplicar?

- El formulario de solicitud adjunto (firmado y fechado)
- prueba de ingresos
- copia de la declaración de impuestos reciente
- completo y estado de cuenta bancario actual
- incluya una carta explicando su situación actual y necesidad adicional de asistencia

¿Cuándo sabré el resultado de mi solicitud?

Recibirá una carta de determinación por correo dentro de los 21 días después de recibir la solicitud completa. Si se requiere información o documentación adicional para procesar la solicitud de asistencia financiera, se le informará de esos requisitos.

Por favor, envíe su solicitud de inmediato.

Seguirá recibiendo facturas hasta que recibamos información y se haya realizado una determinación de elegibilidad.

Formulario de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera-Confidencial

Por favor, rellene toda la información por complete. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte paginas adicionales si es necesario.

INFORMACION DE PROYECCION

¿Usted necesita un interprete? Si No *Si es Si, Enliste su lenguaje preferido*

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Si No

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos básicos o WIC? Si No

¿El paciente está actualmente sin hogar? Si No

¿La necesidad de atención medica del paciente esté relacionado con un accidente automovilístico o una lesión laboral? Si No

¿Tiene un médico de atención primaria actual? Si No
En caso afirmativo, ¿quién es su médico de atención primaria?

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificara para recibir asistencia financiera, incluso si solicita.
- Una vez que envíe u solicitud, podemos verificar toda la información y podemos solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 21 días calendario después de recibir su solicitud y documentación completadas, le notificaremos si califica para recibir asistencia..

INFORMACION DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Nombre segundo del paciente		Nombre apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de seguro social del Paciente (opcional)
Persona Responsable de la Factura de Pago	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional)
Dirección _____ _____ _____ Ciudad Estado Código Postal			Números de contacto principales () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> desempleados (cuanto tiempo desempleados): _____ <input type="checkbox"/> Auto empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACION FAMILIAR

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

TAMANO 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(los) empleador(es) o Fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	También solicitando asistencia financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Autoempleo - Compensación del trabajador - discapacidad - SSI - Apoyo a los niños/conyalsai
- Programas de studio de trabajo (estudiantes) - Pension - Cuenta de jubilación Distribuciones - Otro (*por favor explique*)

Formulario de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera-Confidencial

INFORMACION DE INGRESOS

Recuerde: Usted debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben cerrar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione una prueba para cada fuente de ingresos identificada:

- Talones de pago actuales (3 meses); y
- La declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los horarios si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo

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

INFORMACION DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de Seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención infantil, prestamos, medicamentos, otros)		

INFORMACION ADICIONAL

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

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Santiam Hospital 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 planes de pago.

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

Firma de la persona que solicita

la fecha