

Willapa Harbor Hospital
P.O. Box 438
South Bend, Washington 98586
(360) 875-4503

APLICACION FAMILIAR de AYUDA

Willapa Harbor Hospital comprende que el costo de asistencia medica es una carga aun para personas con seguro medico. Cuando es necesario estamos agradecido de los servicios que estan disponibles en nuestra comunidad.

Si le gustaria solicitar nuestro programa de ayuda financiero, por favor llene la aplicación adjunta completamente. Este incluye el nombre de su patrón, los ingresos gruesos mensuales para usted y su cónyuge (si alguno). Por favor incluya una copia de su última hoja de paga y/o su última declaración de impuestos. La declaración financiera es muy importante en la evaluación si sus ingresos son suficientes para encontrar sus obligaciones mensuales.

Requerimos REALMENTE que usted haya solicitado y haya seguido la Salud de Manzana de Washington (por el Plan de Salud más Fino).

Si usted necesita ayuda para la solicitud del seguro médico por el descubridor de plan de Salud hay Especialistas de Inscripción disponibles para ayudarle.

- Los miércoles en Centro Médico de Vista de Valle 360-942-3040
- Los martes y jueves en O3A 360-942-2177

Por favor no devuelva su aplicación a la oficina comercial sin toda la información siguiente atada:

- La aplicación se llenó completamente
- La verificación de ingresos
- Información de Rechazo de Salud de Manzana de WA

Seremos incapaces de poseer su aplicación sin TODA la información requerida.

Solicitar Seguro Médico por Internet
Va a: www.wahealthplanfinder.org
O llame: 1-855-923-4633

Willapa Harbor Hospital

APLICACION FAMILIAR de AYUDA

El Nombre del paciente: _____ La fecha de Nacimiento: _____

La dirección: _____

La ocupación del Responsable: _____

Ingresos del mes: _____ Los ingresos de los últimos 12 meses: _____

Si no tiene trabajo – última fecha que trabajó: _____ La fecha de último pago: _____

El Nombre del esposo: _____ La fecha de Nacimiento: _____

La Ocupación del esposo: _____ El empleador: _____

Ingresos del mes: _____ Los ingresos de los últimos 12 meses: _____

Si no tiene trabajo – última fecha que trabajó: _____ La fecha de último pago: _____

Usted DEBE haber solicitado y suministro una carta de rechazo para la Salud de Manzana de Washington para nosotros para considerar su aplicación para un ajuste.

INCLUYA POR FAVOR COMPROBACION De TODOS los INGRESOS

El número total de miembros de la familia/dependientes como informado en la declaraciones de impuestos (Inclúyalo) : _____

___ Busca ayuda financiera para servicios **Ya rendidos** por el hospital.

___ Busca La Determinación de la elegibilidad de ayuda financiera para servicios ser rendido.

El tipo de Servicio: _____

SU ESTADO FINANCIERO :

Las VENTAJAS:

Cambio a la mano: \$ _____

Dinero en Bancos/Uniones de crédito, etc.: \$ _____

Los automóviles, tipo y Año: _____

Cuanto pago por su casa: \$ _____

El Valor actualizado de su casa: \$ _____

Otros bienes raíces: \$ _____

Las acciones & Vincula: \$ _____

Otras Ventajas: \$ _____

Las OBLIGACIONES:

Pagó de renta: \$ _____ /mes

¿Pagado a quién? _____

¿Posee su casa? : ___ Sí ___ No

¿Sí? ¿Los pagos de Morgage? : \$ _____

Primas de seguros (Auto, c casa,

Médico, etc) : \$ _____

El auto Presta: \$ _____

Otros Préstamos: \$ _____

Equilibrio de tarjeta de crédito: \$ _____

pagos mensuales: \$ _____

Debido a Médicos: \$ _____

Debido a Dispensarios: \$ _____

A Hospitales: \$ _____

Comprendo que la información que yo me someto es susceptible a la comprobación por el Willapa Harbor Hospital y sujeto revisar por Federal &/o agencias de aplicación de Estado y otros como necesario. Certifico que el encima de información es verdad y correcto.

La firma de Persona que hace petición

La fecha de aplicación

3/1/2016

Willapa Harbor Hospital

< 150% Poverty Guidelines (free care)

2016

PAYMENT SCHEDULE 150-250% = sliding scale reduction

CHARITY CARE ELIGIBLE PATIENTS

Maximum amount patient would be required to pay based on gross monthly income and number of family members: 150% poverty income for family of 4 = \$36,456

Patient to pay lower of	\$ 990	\$ 2,400	\$ 4,000	\$ 5,900	\$ 8,700	
OR % of total bill	20%	40%	60%	75%	90%	100%

FAMILY GROSS MONTHLY INCOME

SIZE OF FAMILY

1. Less than \$1,485	\$ 1,486 - \$ 1,683	\$1,684 - \$1,881	\$1,882 - \$2,079	\$ 2,080 - \$2,277	\$2,278 - \$2,475	\$2,476 -over
2. Less than \$2,003	\$ 2,004 - \$ 2,270	\$2,271 - \$2,537	\$2,538 - \$2,804	\$ 2,805 - \$3,071	\$3,072 - \$3,338	\$3,339 -over
3. Less than \$2,520	\$ 2,521 - \$ 2,856	\$2,857 - \$3,192	\$3,193 - \$3,528	\$ 3,529 - \$3,864	\$3,865 - \$4,200	\$4,201 -over
4. Less than \$3,038	\$ 3,039 - \$ 3,443	\$3,444 - \$3,848	\$3,849 - \$4,253	\$ 4,254 - \$4,658	\$4,659 - \$5,063	\$5,064 -over
5. Less than \$3,555	\$ 3,556 - \$ 4,029	\$4,030 - \$4,503	\$4,504 - \$4,977	\$ 4,978 - \$5,451	\$5,452 - \$5,925	\$5,926 -over
6. Less than \$4,073	\$ 4,074 - \$ 4,616	\$4,617 - \$5,159	\$5,160 - \$5,702	\$ 5,703 - \$6,245	\$6,246 - \$6,788	\$6,789 -over
7. Less than \$4,591	\$ 4,592 - \$ 5,203	\$5,204 - \$5,816	\$5,817 - \$6,428	\$ 6,429 - \$7,040	\$7,041 - \$7,652	\$7,653 -over
8. Less than \$5,111	\$ 5,112 - \$ 5,793	\$5,794 - \$6,474	\$6,475 - \$7,156	\$ 7,157 - \$7,837	\$7,838 - \$8,519	\$8,520 -over

Based on 2016 Federal Poverty Guideline
(Revised 02/02/16)

Example: Family with four dependents and total gross earnings of \$3,700/month

A. Hospital bill - \$8,000 : Family pays \$2,400.00
(Lower of \$8,000 X 40% = \$3,200 OR \$2,400) Any bill over \$6,000 would pay only \$2,400 maximum

B. Hospital bill - \$1,000 : Family pays \$400
(Lower of \$1,000 X 40% = \$400 OR \$2,400)

Example: Family with three dependents and total gross earnings of \$2,520/month
Hospital bill - balance adjusted off