



Hospital Willapa Harbor **Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera**

Esta es una solicitud de asistencia financiera del Hospital Willapa Harbor.

El Estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para atención gratuita o cuidado a precio reducido basado en el tamaño de su familia y los ingresos, incluso si tiene seguro de salud. Criterio de elegibilidad:

La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo todas las fuentes de pago de terceros. Las directrices utilizadas como criterios incluirán, pero no se limitarán a lo siguiente.

1. Las personas elegibles para recibir Asistencia Financiera / Escalada de Cargos de acuerdo a sus ingresos estarán compuestas de aquellas personas que se consideren que tienen dificultades financieras, considerando ingresos, recursos y obligaciones según lo determinado por el hospital que los hace pagar todo o parte de su atención médica. Tales consideraciones incluirán una revisión de ingreso bruto y el tamaño de la familia, y pueden incluir también otros factores pertinentes propios de cada solicitud de asistencia financiera; tales como el patrimonio neto (incluyendo deudas y pasivos a corto y largo plazo) para aquellas personas por encima del 100% de la actual línea de pobreza federal.
2. El monto total de los gastos de hospitalarios se determinará sobre la base de la Asistencia Financiera / Escalada de Cargos de acuerdo a sus ingresos para cualquier paciente que tiene un ingreso familiar bruto igual o menos del 150% de la actual línea de pobreza federal.
3. Se utilizará la siguiente escala de cargos para determinar la cantidad que se cancelará para los pacientes con niveles de ingreso entre 151% y 250% del nivel de pobreza federal actual:

151% - 170% Ochenta por ciento (80%) Asistencia Financiera / Escalada de Cargos, máximo del paciente \$ 990.00

171% - 190% Sesenta por ciento (60%) Asistencia Financiera / Escalada de Cargos, máximo del paciente \$ 2,400.00

191% - 210% Cuarenta por ciento (40%) Asistencia Financiera / Escalada de Cargos, máximo del paciente \$ 4,000.00

211% - 230% Veinte y cinco por ciento (25%) Asistencia Financiera / Escalada de Cargos, máximo del paciente \$ 5,900.00

231% - 250% Diez por ciento (10%) Asistencia Financiera / Escalada de Cargos, máximo del paciente \$ 8,700.00

La obligación financiera de la persona responsable que permanece después de la aplicación de la escala de cargos puede ser pagada en cuotas mensuales durante un período de tiempo razonable, sin intereses ni recargos, según lo negociado entre el hospital y la persona responsable.

4. Los solicitantes que residen en un asilo de ancianos, un centro de cuidado a largo plazo, o una institución de cuidado con un ingreso de menos de \$ 150 por mes, pueden calificar para Asistencia Financiera / Escala de Cargos, aun si su ingreso excede el límite, pero se utiliza para su cuidado principal.
5. Cancelaciones Prima Facie: El hospital puede optar por otorgar Asistencia Financiera / Escala de Cargos de acuerdo a sus ingresos basándose únicamente en la determinación inicial. En tales casos, el hospital no completará la verificación completa o documentación de cualquier solicitud.

6. **Asistencia Financiera Catastrófica:** El hospital puede cancelar cantidades como ayuda financiera para los pacientes con ingresos de familia que exceden la escala de cargos, o puede proporcionar un ajuste porcentual más alto dentro de una categoría de ingresos cuando las circunstancias y/o las grandes cantidades de balance indican dificultades financieras severas o dificultades personales.
7. La Asistencia Financiera puede cubrir el tratamiento médico necesario o de emergencia que se recibe en el hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Los servicios que no califican bajo asistencia financiera pueden incluir costos de transporte, procedimientos electivos, o facturas separadas de servicios profesionales proporcionados por el personal médico del hospital. Los no residentes del estado de Washington son elegibles para Asistencia Financiera consistente con WAC 246-453-060, que incluye solamente servicios emergentes, no previsto.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre servicios hospitalarios proporcionados por el Hospital Willapa Harbor y la clínica Pacific Family Health Center dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera puede no cubrir todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Oficina de Negocios del Hospital Willapa Harbor, 360-875-4503, 800 Alder Street South Bend, WA. 98586. Usted puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo discapacidad y asistencia lingüística.

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Proporcionar información sobre su familia**
- Llene el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas
- Relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)
- Proporcionar información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación sobre ingresos de familiares y declarar activos**
- Adjuntar información adicional si es necesario**
- Firmar y fechar la solicitud**

Nota: Usted no tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA".

Envíe por correo o fax la solicitud completada con toda la documentación a: Willapa Harbor Hospital, PO Box 438 South Bend, WA 98586, o fax al 360-875-6167. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para presentar su solicitud completa en persona: Oficina de Negocios, 800 Alder Street, 8:00 - 4:30, 360-875-4503. Le notificaremos de la determinación final de los derechos de elegibilidad y apelación, si corresponde, dentro de los 14 días naturales siguientes a la recepción de una solicitud de asistencia financiera, incluyendo la documentación de ingresos. Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información

**Queremos ayudar. Por favor, envíe su solicitud con prontitud!
Puede recibir facturas hasta que recibamos su información.**

Hospital Willapa Harbor
Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

Por favor llene toda la información completamente. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACION DE CRIBADO

¿Necesita un intérprete? Sí No En caso afirmativo, escriba el idioma preferido: _____

¿Ha solicitado el paciente Medicaid? Sí No Puede ser requerido que se aplique antes de ser considerado para asistencia financiera

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

¿Está el paciente actualmente sin hogar? Sí No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de coche o una lesión en el trabajo? Sí No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financier, incluso si aplica.
- Una vez que usted envíe su solicitud, puede consultar toda la información y puede solicitar información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud y la documentación, se le notificará si es elegible para asistencia.

PACIENTE Y SOLICITANTE DE LA INFORMACIÓN

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	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 *) * Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número de Seguro Social (opcional *) * Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal
Dirección de envío		Número (s) de contacto principal (s)
_____		() _____
Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____
		Dirección de correo electrónico:

Estado de empleo de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (durante cuánto tiempo estuvo desempleado: _____)		
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

Hospital Willapa Harbor

Formulario de solicitud de asistencia financiera – confidencial

FAMILIA INFORMACIÓN

Liste todos los miembros de su familia, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte página adicional si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre o fuente de ingresos del empleador	Si tiene 18 años de edad o más: Ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos):	¿También solicita ayuda 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 - Trabajo por cuenta propia - Compensación al trabajador - Incapacidad - SSI - Apoyo al niño / cónyuge - Programas de estudios de trabajo (estudiantes) - Pensiones - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (explique _____)

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Recuerde: Debe incluir prueba de ingresos con su aplicación.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Verificación de ingresos es necesario para determinar la ayuda financiera.

Todos los miembros de la familia 18 años o más deben revelar sus ingresos. Si usted no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito describiendo su ingreso. Favor de acreditar cada fuente para identificación del ingreso. Ejemplos de prueba de ingresos:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Corriente de talones de cheques (mínimo necesario, no más de 3 meses); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo horarios si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas por los empleadores; o
- Aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación o denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene ningún comprobante de ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

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

Gastos Mensuales del Hogar:

Gastos Mensuales del Hogar: \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Primas de seguro \$ _____	Utilidades \$ _____
Otras Deudas/Gastos \$ _____ (Guraderia, préstamos, medicamentos, otros)	

Hospital Willapa Harbor
Formulario de solicitud de asistencia financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información puede ser usada si su ingreso está por encima de 101% de la línea de pobreza federal.

Saldo de la cuenta de cheques

\$ _____

Saldo de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Su familia tiene estos u otros bienes? Por favor marque todos los apliquen

Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro para la salud)
 Fideicomiso(s) Propiedad (excluyendo residencia primaria) Poseer un
negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera que te gustaría que conociéramos, tales como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, estacionales o temporal ingresos o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que el Hospital Willapa Harbor puede verificar la información revisando información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad de planes de pago o asistencia financiera.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si se determina que la información financiera que doy es falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia financiera, y puede ser responsable y debe pagar por los servicios prestados.

Firma _____ del aplicante

_____ Fecha

5/23/2018

Willapa Harbor Hospital

2018

PAYMENT SCHEDULE < 150% Poverty Guidelines (free care)
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 = \$37,650

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 \$ 1,517	\$ 1,518 - \$1,720	\$1,721 - \$ 1,922	\$1,923 - \$ 2,124	\$ 2,125 - \$2,327	\$2,328 - \$ 2,529	\$ 2,530 -over
2. Less than \$ 2,057	\$ 2,058 - \$2,332	\$2,333 - \$ 2,606	\$2,607 - \$ 2,880	\$ 2,881 - \$3,155	\$3,156 - \$ 3,429	\$ 3,430 -over
3. Less than \$ 2,597	\$ 2,598 - \$2,944	\$2,945 - \$ 3,290	\$3,291 - \$ 3,636	\$ 3,637 - \$3,983	\$3,984 - \$ 4,329	\$ 4,330 -over
4. Less than \$ 3,137	\$ 3,138 - \$3,556	\$3,557 - \$ 3,974	\$3,975 - \$ 4,392	\$ 4,393 - \$4,811	\$4,812 - \$ 5,229	\$ 5,230 -over
5. Less than \$ 3,677	\$ 3,678 - \$4,168	\$4,169 - \$ 4,658	\$4,659 - \$ 5,148	\$ 5,149 - \$5,639	\$5,640 - \$ 6,129	\$ 6,130 -over
6. Less than \$ 4,217	\$ 4,218 - \$4,780	\$4,781 - \$ 5,342	\$5,343 - \$ 5,904	\$ 5,905 - \$6,467	\$6,468 - \$ 7,029	\$ 7,030 -over
7. Less than \$ 4,757	\$ 4,758 - \$5,392	\$5,393 - \$ 6,026	\$6,027 - \$ 6,660	\$ 6,661 - \$7,295	\$7,296 - \$ 7,929	\$ 7,930 -over
8. Less than \$ 5,297	\$ 5,298 - \$6,004	\$6,005 - \$ 6,710	\$6,711 - \$ 7,416	\$ 7,417 - \$8,123	\$8,124 - \$ 8,829	\$ 8,830 -over

Based on 2018 Federal Poverty Guideline
(Revised 05/23/2018)

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