

Formulario de solicitud de asistencia económica, confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunto encontrará más hojas si las necesita.

INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN

- ¿Necesita un intérprete? ☐ **Sí** ☐ **No** Si respondió **Sí**, indique el idioma preferido: _____
- ¿Solicitó Medicaid el paciente? ☐ **Sí** ☐ **No** Puede ser necesario que haya presentado una solicitud antes de considerarlo para recibir asistencia económica
- ¿ Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, comida básica o WIC? ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Está actualmente el paciente sin hogar? ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Está la necesidad de atención médica del paciente relacionada con un accidente de auto o una lesión en el trabajo? ☐ **Sí** ☐ **No**

TENGA EN CUENTA

- No podemos asegurar que calificará para recibir asistencia económica, aunque la pida.
- Una vez que envíe la solicitud, comprobaremos toda la información y podremos pedir más información o constancias de ingresos.
- En un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la solicitud y los documentos completos, le notificaremos si califica para recibir la ayuda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento			
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente		Fecha de nacimiento	
Dirección de correo postal				Números principales de contacto	
_____				() _____	
_____				() _____	
_____				Correo electrónico:	
Ciudad		Estado		Código postal	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuanto tiempo tiene desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros (_____)					

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Escriba la lista de las personas que forman el grupo familiar incluido usted. "Familia" incluye a las personas que viven juntas y que tienen una relación por nacimiento, matrimonio o adopción.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunto encontrará más hojas si las necesita

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿ Pide también asistencia económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Se deben revelar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de los ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salario - Desempleado - Empleado por cuenta propia - Compensación de los Trabajadores - Discapacidad
- SSI - Manutención de los hijos/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiante) - Pensión
- Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (*explique* _____)

MÁS INFORMACIÓN

Adjunte una página más si tiene más información sobre su situación económica actual que usted quisiera que nosotros conociéramos, como, por ejemplo, una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Willapa Harbor Hospital puede verificar la información al revisar la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia económica o planes de pago.

Declaro que la información de arriba es verdadera y correcta según mi mejor saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que di es falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia económica y puedo ser responsable de pagar, y se espere que pague, los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha



WHH Interpretive
Language
Services

