



Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

Número de expediente médico:

Estimado paciente:

Salem Health está comprometido a brindar atención médica a aquellos pacientes que tal vez no tienen suficientes recursos económicos disponibles. Si usted califica para la asistencia financiera, se podría cancelar parte de su(s) cuenta(s); hasta el 100 %. **Este programa únicamente cubre la atención médica necesaria que se proporciona en los hospitales y las clínicas de Salem Health. No cubre los costos de procedimientos opcionales, medicamentos recetados ni los honorarios profesionales o de médicos de consultorios privados.**

Se requiere una solicitud de asistencia financiera para que Salem Health realice ajustes económicos al saldo de su(s) cuenta(s). Complete el formulario adjunto en su totalidad, añada los documentos necesarios y envíelo de regreso a Salem Health.

Recibirá una carta de determinación o una carta que solicite documentos adicionales en el correo en un plazo de 21 días después de que recibamos su solicitud. **Cualquier otra posible fuente de pago, como seguro médico estatal, cooperativa médica/gastos compartidos, seguro de responsabilidad, compensación del trabajador, etc. se deben agotar antes de ajustar su(s) cuenta(s).**

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

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Equipo de Asistencia Financiera al (503) 562-4357.

- Puede visitar nuestro consultorio en 550 Hawthorne AVE SE Salem, OR 97301
- Puede enviar por fax su solicitud completa y la documentación al (503) 814-1998.
- ***O bien*** para enviar por correo la solicitud, use la casilla postal (PO Box) indicada a continuación.

Atentamente,
Equipo de Asistencia Financiera
Salem Health and West Valley Hospital
PO Box 14001
Salem, OR 97309-5014
financiacounselors@salemhealth.org



Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

Número de expediente médico:

Para que se procese su solicitud, debe proporcionar:

1. La presentación de impuestos federales del año vigente; necesitamos todas las páginas y declaraciones complementarias. Si usted tiene un negocio, incluya los impuestos de la empresa/sociedad del año vigente. No envíe declaraciones escritas a mano, el formulario W-2 ni los impuestos estatales, ya que no podemos aceptar estos documentos.

-O BIEN-

2. Si no presentó la declaración de impuestos del año vigente, deberá obtener una carta de verificación de exención del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*, IRS). Puede llamar al IRS al 1-800-829-1040 para solicitar la carta o visitar su oficina del IRS local para solicitar esa carta.

Si recibe ingresos de cualquiera de los siguientes, adjunte las copias a su solicitud.

3. Recibos de sueldo de los últimos 3 (tres) meses de su empleador. No envíe información sobre depósitos directos ni estados de cuenta, ya que debemos ver el sueldo bruto (antes de que se resten los impuestos y las deducciones).
4. Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social del año vigente; no envíe estados de cuenta.
5. Carta de adjudicación del beneficio de pensión del año vigente; no envíe estados de cuenta.
6. Carta de adjudicación del Departamento de Asuntos de Veteranos; no envíe estados de cuenta.
7. Carta de adjudicación de anualidades; no envíe estados de cuenta.
8. Carta de beneficios de desempleo; no envíe estados de cuenta.
9. Carta de adjudicación de manutención de los hijos; no envíe estados de cuenta.
10. Carta o documentos judiciales de adjudicación de pensión alimenticia.
11. Carta de adjudicación de ayuda económica para estudiantes.
12. Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a corto plazo; no envíe estados de cuenta.
13. Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a largo plazo; no envíe estados de cuenta.

Si su núcleo familiar no tiene ninguno de los tipos de ingresos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro consultorio al 503-562-4357 (opción n.º 3) para ver si es elegible para el Plan de Salud de Oregon y si lo podemos ayudar a solicitarlo.



Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Agregue otras páginas si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No *Si la respuesta es sí, indique su idioma de preferencia:*

¿El paciente solicitó Medicaid? Sí No

¿El paciente recibe servicios públicos del estado como TANF, alimentos básicos o WIC? Sí No

¿Actualmente el paciente no tiene hogar? Sí No

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

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y pedir información adicional o comprobantes de ingresos.
- Le notificaremos si califica para la asistencia en un período de 21 días calendario después de recibir su solicitud completada y la documentación.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nac.	Número del Seguro Social (opcional)	
Dirección postal				Principal(es) números de contacto	
_____ _____ Ciudad Estado Código postal				() _____ () _____ Correo electrónico: _____	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo de desempleo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros (_____)					

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Indique los integrantes de su familia que viven en su hogar, inclusive usted. "Familia" incluye a las personas que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte más páginas si es necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años de edad: Ingresos mensuales brutos totales (antes de los impuestos):	¿También solicitará asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No



Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

Se deben presentar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos son, por ejemplo:

- Salarios - Compensación por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI
- Manutención del hijo/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de la cuenta de jubilación - Otros (*explique* _____)

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir los comprobantes de sus ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Para determinar la asistencia financiera se requiere una verificación de los ingresos. Todos los integrantes de la familia que sean mayores de 18 años de edad deben presentar sus ingresos. Si no puede proporcionar los documentos, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione los comprobantes de todas las fuentes de ingresos identificadas.

Los ejemplos de comprobantes de ingresos son:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de paga actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluyendo declaraciones complementarias, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores o terceros; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica de financiación estatal; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para compensación de desempleo.

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

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguros	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	<i>(manutención de los hijos, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Saldo actual de cuenta de cheques

\$ _____

Saldo actual de cuenta de ahorro

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros activos?

Marque todo lo que corresponda

Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorros de salud Fideicomiso(s)

Propiedad (excluyendo residencia primaria) Propietario de empresa

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay información adicional acerca de su situación económica actual que usted desea que conozcamos, como problemas económicos, gastos médicos excesivos, ingresos por estación o temporada o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Comprendo que Salem Hospital puede verificar la información mediante la revisión de la información crediticia y la obtención de 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 mejor saber y entender. Comprendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera y puedo ser responsable por los servicios proporcionados y se puede esperar que pague por ellos.

Firma de persona que presenta la solicitud

Fecha