



Formulario de solicitud de apelación para asistencia financiera

Complete este formulario si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su elegibilidad para la asistencia financiera. Recuerde que nuestra decisión se basa en la solicitud para asistencia financiera que completó y los documentos de respaldo que proporcionó.

Información del paciente

- Apellido(s) _____
- Nombre _____
- Fecha de nacimiento _____
- Número de Registro Médico (MRN, si se conoce) _____

Información Familiar

Enumere los integrantes de su familia que también solicitaron asistencia financiera.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
----------	--------	---------------------	----------

Información Sobre la Apelación

¿En qué parte de la solicitud cree que nos equivocamos con base en nuestra política de asistencia financiera? Puede encontrar la política de asistencia financiera de Salem Health en www.salemhealth.org/financialassistance. A continuación, escriba el motivo por el que considera que la decisión de asistencia financiera fue incorrecta.

Devuelva este formulario y los documentos de apoyo que respaldan su punto de vista utilizando uno de los métodos a continuación:

- **Correo electrónico:** financialcounselors@salemhealth.org
- **Fax:** 503-814-1998
- **Correo postal:** Salem Health Financial Counselor Team, PO Box 14001, Salem, OR 97309-50141
- **Información en persona:** Mostrador de información en el Edificio A en el campus principal de Salem Health o en la recepción de West Valley Hospital en el vestíbulo

Una vez que recibamos su apelación, le responderemos en un plazo de 21 días. Es posible que necesitemos solicitarle más información antes de tomar una decisión.

Si tiene alguna **pregunta**, llámenos al 503-562-4357, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4 p.m.