

Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima - Familia de Servicios
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial
Instrucciones para completar el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocido como atención de caridad) en la Familia de Servicios de la Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima.

El Estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos. [Usted puede calificar para atención gratuita o cuidado a precio reducido en base al tamaño de su familia y a los ingresos, incluso si usted tiene seguro de salud.](#)

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre servicios apropiados con base en el hospital proporcionados por la Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera pudiera no cubrir todos los costos de atención médica, incluyendo servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:

Llame a la Oficina de la Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima al (509) 575-8255.

Usted puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo incapacidad y asistencia de idiomas.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

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

Nota: 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 número de Seguro Social, marque “no aplicable” o “NA”.

Envíe por correo o fax la solicitud complete con toda la documentación a:

Yakima Valley Memorial Hospital Association Business Services, 15 W. Yakima Ave., Yakima, WA 98902

Número de fax: 509-577-5056

Asegúrese de dejar una copia para sus archivos.

Para presentar su solicitud completa en persona vaya a: Yakima Valley Memorial Hospital Association Business Services, 15 W. Yakima Ave., Yakima, WA 98902

Le notificaremos de la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si aplica, dentro de los 14 días calendario después de recibir una solicitud de asistencia financiera completa, incluyendo la documentación de ingreso.

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.

Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima - Familia de Servicios

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

**Queremos ayudar. ¡Por favor, envíe su solicitud con prontitud!
Puede ser que usted reciba cobros hasta que recibamos su información.**

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

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si necesita, anote el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Puede ser requerido que aplique antes de ser considerado para asistencia financiera</i>
¿El Paciente recibe servicios públicos como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente el paciente está sin vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿La atención médica que necesita el paciente está relacionada con un accidente automovilístico o con una lesión de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, incluso si aplica.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos revisar toda la información y solicitar información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud y documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

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 (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</small>
Persona responsable de pagar la factura	Parentesco con el paciente Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</small>
Dirección de correo _____ _____		Número(s) de contacto principales () _____ () _____ Dirección Email: _____
Ciudad	Estado	Código postal
Situación de empleo de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Anote los miembros de su familia, incluyéndose a usted. La "familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Si es necesario adjunte una página adicional

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: nombre del empleador(es) o fuente de ingreso	Si tiene 18 años de edad o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No

Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima - Familia de Servicios

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

					Si / No
Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Incluyendo las fuentes de ingreso, por ejemplo:					
- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Indemnización del trabajador - Incapacidad - SSI -Manutención infantil/cónyuge					
- Programas trabajo estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de la cuenta de retiro - Otro (<i>explique</i> _____)					

Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima - Familia de Servicios
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Con su solicitud debe incluir prueba de ingresos.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es necesaria para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia de 18 años de edad o mayores deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos.

Proporcione una prueba para cada fuente identificada de ingresos.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención de impuestos "W-2"; o
- Talones de pago (3 meses); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo anexos si aplica; o
- Declaraciones escritas y firmadas de los empleadores u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para la compensación por desempleo.

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

INFORMACIÓN DE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de Seguros	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)		

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información puede ser usada si sus ingresos están por encima del 101% del Nivel Federales de Pobreza.

Balance actual en cuenta de cheques

\$ _____

Balance actual en cuenta de ahorros

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros activos?

Por favor, marque todos los que apliquen

Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro para la salud Crédito(s)

Propiedad (excluyendo la residencia primaria) Es propietario de un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que consideráramos, como una dificultad financiera, un ingreso temporal o estacional, o una pérdida personal.

Asociación del Hospital Memorial del Valle de Yakima - Familia de Servicios

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – confidencial

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que la Asociación del Hospital del Valle de Yakima puede verificar la información revisando información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que según mi entender la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que si se determinara que es falsa la información que doy, el resultado será la negación de la asistencia financiera, y seré responsable y se espera que pague los servicios prestados. _____

Firma del solicitante

Fecha