

Solicitud para asistencia financiera

Evergreen health care les hace saber que pueden solicitar asistencia financiera si su ingreso económico es bajo y necesita ayuda para pagar los servicios médicos del hospital de pacientes internos o externos. Podría ofrecerle asistencia financiera ya sea gratuita o reducir el costo según sus ingresos. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud por favor llame a Healthcare Access al 425- 899-3250.

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	Estado Marital
Si el paciente es menor de edad, escriba el nombre del padre o la persona responsable	Relación con el paciente	Num. De teléfono (hogar)	Num. de teléfono del trabajo
Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	

Numero de personas en la familia (que viven en el hogar): _____

Nota: "Familia" significa un grupo de dos o más personas que tienen parentesco por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos; Todas estas personas con este parentesco son consideradas como miembro de una familia [WAC 246-453-001 (18)]

Información de Cobertura o Seguro Medico

¿Tiene Cobertura o Seguro Medico? Si _____ No _____ Nombre de la compañía de Seguros _____

Numero de Póliza _____ ¿Otra cobertura o seguro Medico? Si _____ No _____

Nombre de otra cobertura: _____ Medicare _____ Medicaid _____

¿Esta atención médica fue por lesiones causadas por un accidente automovilístico o de otra persona? Si _____ No _____

¿Esta atención médica es por una lesión en el trabajo o accidente de trabajo? Si _____ No _____

Información de Ingresos:

Nota: "Ingreso" significa ingreso total antes de deducir impuestos derivados de sueldos y salarios, subsidios del Estado (welfare), beneficios del seguro social, por huelga de trabajo, por desempleo o por discapacidad, manutención de hijos (child support) pensión alimenticia y ganancias netas de negocios e inversiones. [WAC 246-453-001 (17)]

Asegurarse de incluir con su solicitud copias de documentos que comprueben el ingreso total arriba mencionados. Por ejemplo:

- Talones de cheque de todos los empleos o
- La forma "W-2" o
- Declaración de impuestos del año anterior
- Carta que estipule que le han negado o aprobado para los beneficios de Medicaid u otra ayuda medica
- Carta que estipule que le han aprobado o negado compensación por desempleo o
- Declaración por escrito de su empleador o agentes del Welfare.

INGRESO MENSUAL ACTUAL (Antes de deducir impuestos)

Paciente o persona responsable \$ _____ Fuente de ingreso _____

Esposa/esposo \$ _____ Fuente de ingreso _____

Pensión alimenticia/Child support \$ _____ Fuente de ingreso _____

Otro \$ _____ Fuente de ingreso _____

TOTAL DE INGRESO MENSUAL ACTUAL: \$ _____

Nota: El ingreso declarado debe coincidir con la documentación incluida.

Favor de completar y firmar donde se indica al reverso de esta hoja

BIENES

Nota: La información se tomara en cuenta si su limite de pobreza está entre 101% a 200%

Valor de cuentas bancarias – Cuenta de cheques \$ _____ **Valor de inversiones** – IRA/Cuenta de retiro/Acciones/Bonos

Cuenta de ahorros \$ _____ \$ _____ Describir _____

GASTOS MENSUALES (Use una hoja separada si tiene mas gastos)

Vivienda \$ _____ Alquiler Propio (circular uno) Gastos Médicos \$ _____

Gastos por concepto de electricidad, agua, calefacción, etc. \$ _____ Ostros \$ _____

Alimentos \$ _____ Describir _____

¿En tu familia ha habido temporalmente algún aumento o reducción de ingresos?

¿O esperas cambios en tu ingreso en los siguientes tres meses?

Si _____ No _____ Si la respuesta es si, favor de describir: _____

¿Has sufrido alguna situación financiera recientemente o perdida personal (por ejemplo, otros gastos médicos, muerte de algún familiar, perdida de trabajo, perdida de tu casa, automóvil u otra propiedad)?

Si _____ No _____ Si la respuesta es si, favor de describir: _____

¿La documentación que estas incluyendo con esta solicitud comprueba tu estado financiero correctamente?

Si _____ No _____ Si la respuesta es no, explica porque _____

Si estas pidiendo asistencia financiera por servicios proveídos por Evergreen Healthcare, favor de enlistar las fechas y servicios recibidos.

Entiendo que la información proporcionada será verificada por Evergreen Healthcare y revisada por agencias federales o estatales y otros si se requiere. Afirmo que la declaración arriba mencionada según mi conocimiento es verídico y correcto.

Firma _____ **Fecha** _____

Envía esta solicitud con toda la documentación a:

**Evergreen Healthcare Attn: Business Services
12040 NE 128th Street
Kirkland, WA 98034-3098**