

Yakima Valley Memorial Hospital Association

Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención caritativa) en Yakima Valley Memorial Hospital – Family of Services.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. [Puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico.](#)

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios apropiados proporcionados por Memorial según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud llame a:
Memorial's Business Office al teléfono (509) 575-8255.

Usted puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y asistencia con el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia**
Complete el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).
- Proporcionarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones).**
- Proporcionarnos documentación de los ingresos familiares y declarar sus bienes.**
- 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 un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA".

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

15 W. Yakima Ave., Yakima, WA 98902

Número de fax: 509-577-5056

Asegúrese de conservar una copia para usted.

Para entregar su solicitud completa en persona: Memorial Business Services, 15 W. Yakima Ave., Yakima, WA 98902

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluyendo la documentación de ingresos.

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

Queremos ayudar. ¡Envíe su solicitud sin demora!

Es posible que continúe recibiendo facturas hasta que recibamos su información.

Yakima Valley Memorial Hospital Association – Family of Services
Formulario de solicitud de asistencia financiera – confidencial

Por favor llene toda la información completamente. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE REVISIÓN

¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera.</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente actualmente carece de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, incluso si solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer 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	Relación con el paciente	Fecha de nac.
		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 postal	Número(s) de contacto principales: () _____ () _____	
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 (Cuanto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE FAMILIA _____

Attach additional page if needed

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

Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI - Manutención de niños/cónyuge
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (por favor explique _____)

Yakima Valley Memorial Hospital Association – Family of Services
Formulario de solicitud de asistencia financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Por favor, proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

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

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

INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gastos Mensuales del Hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	<i>(pensión alimenticia, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información se puede usar si su ingreso está por encima del 101 % de las pautas federales de pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques
\$ _____
Saldo actual de la cuenta de ahorro
\$ _____

¿Tiene su familia estos otros bienes?

Por favor marque todos los que apliquen

- Inversiones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro para la salud) Fideicomiso(s)
 Propiedad (excluyendo la residencia principal) Propietario de negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que supiéramos, como dificultades financieras, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Memorial puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo 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 leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que brindo es falsa, el resultado será la denegación de asistencia financiera, y seré responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que solicita

Fecha