

UW Medicine

Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud para recibir asistencia financiera (también denominada “beneficencia”) en UW Medicine. El estado de Washington requiere que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y las familias que cumplan determinados requisitos de ingresos. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir asistencia financiera según la cantidad de miembros de la familia y el ingreso, incluso si tiene seguro médico. La asistencia se otorga si cumple con las directrices de asistencia financiera, entre ellas, el hecho de que su ingreso familiar sea igual al 300% o inferior al índice federal de pobreza. Si lo desea, puede obtener más información o consultar nuestro sitio web de asistencia financiera en www.uwmedicine.org/financialassistance o en www.valleymed.org/financialassistance.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios adecuados que ofrece UW Medicine según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de asistencia médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcionar información sobre su familia; colocar la cantidad de miembros de la familia que residen en su casa (la familia incluye los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos).
- Proporcionar información sobre el ingreso bruto mensual de la familia (ingreso antes de impuestos y deducciones).
- Proporcionar documentación sobre el ingreso familiar y declarar los bienes.
- Adjuntar información adicional si es necesario, por ejemplo, los documentos de respaldo que validen la información.
- Firmar y fechar la solicitud.

Nota: no tiene que proporcionar el número de seguro social para solicitar asistencia financiera. Si nos proporciona su número de seguro social, nos ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de seguro social se utilizan para verificar la información que nos proporciona. Si no tiene un número de seguro social, marque “no aplica” o “NA”.

Presente la solicitud completa con toda la documentación en la instalación de UW Medicine marcada a continuación. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Airlift Northwest (Airlift)
Patient Financial Services
6505 Perimeter Road S., Ste 200
Seattle, WA 98108
206.965.1908
FAX 206.521.1612
De lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 5.00 p.m.

Harborview Medical Ctr (HMC)
Financial Counseling
325 9th Ave
Mail Stop 359758
Seattle, WA 98104 2499
206 744 3084
De lunes a viernes de
8:00 a. m. a 4.30 p. m.

UW Medical Center (UWMC)
Financial Counseling
1959 NE Pacific Street
Mail Stop 356142
Seattle, WA 98195-6142
206 598 3806
De lunes a viernes de
8:00 a. m. a 4.30 p. m.

HMC & UWMC
Patient Financial Services
P.O. Box 95459
Seattle, WA 98145-2459
206 598 1950 o 1 877 780 1121
FAX 206.598.2360
De lunes a viernes de
8:00 a. m. a 4.30 p. m.

Northwest Hospital & Medical
Center (NWH)
Patient Financial Services
10330 Meridian Ave N Ste 260
Seattle, WA 98133-9851
206.668.6440 o 1.877.364.6440
De lunes a viernes de
8:00 a. m. a 4.30 p. m.

NWH Physicians
Patient Accounts & Inquiry
P.O. Box 45850
Seattle, WA 98145-0850
206.520.9100 o 1.855.520.9100
De lunes a viernes, de
9:00 a.m. a 5.00 p.m.

UW Physicians (UWP) & UW
Neighborhood Clinics (UWNC)
Patient Accounts & Inquiry
P.O. Box 50095
Seattle, WA 98145-5095
206.520.9300 o 1.855.520.9300
De lunes a viernes, de
9:00 a.m. a 5.00 p.m.

Valley Medical Center (VMC)
Patient Financial Services
P.O. Box 59148
Renton, WA 98058-9900
425.251.5178
FAX 206.575.2573
De lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 5.00 p.m.

Si tiene alguna pregunta y necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el centro anteriormente mencionado. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad o asistencia en su propio idioma.

Le informaremos la resolución final sobre su elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días naturales a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa de asistencia financiera, incluida la documentación de los ingresos.

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

Queremos ayudar. Presente la solicitud a tiempo. Puede recibir facturas hasta que recibamos su información.

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA" (no aplica). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo necesita, escriba el idioma que prefiere:
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es posible que deba solicitar Medicaid antes de tenerlo en cuenta para la asistencia financiera
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como el Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Alimentos Básicos o el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente actualmente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de recibir asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o un accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- No podemos garantizarle que usted sea elegible con los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envía la solicitud, es posible que revisemos toda la información y solicitemos información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 14 días naturales una vez recibida la documentación y la solicitud completada le informaremos si usted cumple con los requisitos para recibir la asistencia.

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)	Número de registro médico (Medical Record Number, MRN)	Fecha de nacimiento del paciente	Número de Seguro Social del paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la factura (garante)	Vínculo con el paciente	Fecha de nacimiento del garante	Número de Seguro Social del garante (opcional)
Dirección de correo _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo sin empleo: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

Enumere los miembros de la familia que residen en su casa, **incluido usted**. La "familia" incluye a los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos y que son declarados como dependientes en la declaración federal de impuestos más reciente.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte páginas adicionales si es necesario.*

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

Se debe revelar el ingreso de todos los adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Salarios - Desempleo - Empleo autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Pensión infantil/conyugal - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (por favor, explique _____)

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de los ingresos en la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de la familia. La verificación de los ingresos se requiere para determinar la asistencia financiera.

Todos los integrantes de la familia mayores de 18 años de edad deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione comprobantes para todas las fuentes de ingreso identificadas.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos, se incluyen los siguientes:

- Un formulario "W-2".
- Comprobantes de pago actuales (tres meses); o
- Estados de cuenta bancarios (tres meses); o
- La declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos los formularios si corresponde; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otro (documento de respaldo) que indique su situación y circunstancias financieras actuales, si no tiene prueba de sus ingresos, o
- Formularios donde se aprueba o se rechaza la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica estatal; o
- Formularios donde se aprueban o se rechazan subsidios por desempleo, o declaraciones escritas de los empleadores o instituciones de asistencia social.

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

Gastos domésticos mensuales:

Renta/hipoteca (USD) _____

Primas de seguro (USD) _____

Otras deudas/gastos (USD) _____

Gastos médicos (USD) _____

Servicios (USD) _____

(pensión infantil, préstamos, medicamentos, otros)

Saldo actual de la cuenta corriente I
(USD) _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros I

(USD) _____

¿Su familia tiene los siguientes bienes?

Marque todas las opciones que correspondan.

Acciones Bonos Plan de ahorro 401K Cuenta(s) de ahorros para gastos médicos

Inmuebles (sin incluir la residencia principal) Negocio propio Fideicomiso(s)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si tiene más información sobre su situación financiera actual que quisiera informarnos, por ejemplo, un problema financiero, un ingreso temporal o transitorio o una pérdida personal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Comprendo que UW Medicine puede verificar la información al revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar si el paciente cumple con los requisitos para obtener asistencia financiera o planes de pago.

Ratifico que la información anteriormente mencionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si la información que he proporcionado es falsa, la consecuencia será la denegación de la asistencia financiera y seré responsable y tendré que pagar por los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha