

# 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](http://www.uwmedicine.org/financialassistance) o en [www.valleymed.org/financialassistance](http://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  
206.598.2912  
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  
FAX 206.744.5187  
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  
FAX 206.598.1122  
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  
FAX 206.668.6469  
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  
FAX 206.520.3200  
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  
FAX 206.520.3200  
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  
425.690.3578  
FAX 425.690.9578  
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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Si lo necesita, escriba el idioma que prefiere:  |
| ¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> 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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ¿El paciente actualmente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>  |
| ¿La necesidad de recibir asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o un accidente laboral? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |

- 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<br><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<br>_____<br>_____<br>Ciudad Estado Código postal   |  |                                  | Número(s) de contacto principal(es)<br>( ) _____<br>( ) _____<br>Dirección de correo electrónico:<br>_____ |
| Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura<br><input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo sin empleo: _____)<br><input type="checkbox"/> <b>Autónomo</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (_____) |  |                                  |  |

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