

Formulario de Solicitud de Cuidado de Beneficencia/Ayuda Financiera – confidencial

Por favor devuelva las solicitudes completas a un consejero financiero en cualquier hospital de St. Charles o envíelas por correo al Departamento de Ayuda Financiera de St. Charles PO Box 6095 Bend, OR 97708, por correo electrónico a financialassistance@stcharleshealthcare.org o enviar por fax 541- 706-6707. Por favor complete toda la información totalmente. Si no corresponde, escriba “NA.” Adjunte otra hoja si necesita más espacio para escribir.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? **SI** **No** *Si su respuesta es sí, ponga el idioma de preferencia:*

¿El paciente ha solicitado Medicaid? **SI** **No** ¿El paciente ha solicitado COBRA? **SI** **No**

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales tales como TANF, Basic Food o WIC? **SI** **No**

¿El paciente está actualmente sin hogar? **SI** **No**

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de automóvil o una lesión en el trabajo? **SI** **No**

¿Hay alguien que usted quiera autorizar para hablar en su nombre? Si la respuesta es si, provea los nombres:

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir ayuda financiera, incluso si usted solicita la ayuda.
- Una vez que usted envía la solicitud, podemos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- Le notificaremos si califica para recibir ayuda dentro de los siguientes 21 días después de haber recibido su solicitud completa y la

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL 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 del Paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura	Parentesco con el Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
Dirección Postal _____ _____			Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____
Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

La familia se define como una persona soltera, los cónyuges, las parejas de hecho, los padres y sus hijos menores de 18 años, que viven juntos, y otras personas de las que la persona, el cónyuge, la pareja de hecho o los padres son responsables económicamente.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte otra hoja si necesita más espacio para escribir*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Paciente	Si tiene más de 18 años: Nombre del(los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene más de 18 años: Total del ingreso bruto mensual (antes de los impuestos):	Indique el nombre de la compañía de seguros médicos
		Yo			

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir la verificación de ingresos en su solicitud.

Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura:

- Empleado (fecha de contratación: _____) Desempleado (cuánto tiempo desempleado: _____)
 Trabajador Independiente Estudiante Discapacitado Jubilado Otro

La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la ayuda financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Por favor entregue el comprobante de cada fuente identificada de ingresos.

Ejemplos de fuente de ingresos incluyen:

Salarios - Desempleo - Trabajador Independiente - Compensación del Trabajador - Discapacidad - SSI - Manutención de Niños/Conyugal - Programas de Estudio de Trabajos (estudiantes) – Pensión – Distribuciones de Cuentas de Jubilación - Otro (*por favor explique _____*)

Ejemplos de comprobante de ingresos incluye (St. Charles NO acepta estados de cuenta bancaria como comprobante de ingresos):

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (*3 meses*); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los formularios, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de calificación para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de calificación para la compensación por desempleo.
- Si no tiene una verificación de ingresos o no tiene ningún ingreso, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE BIENES

Esta sección es **opcional** y se puede usar para determinar la elegibilidad para programas especializados como la cobertura catastrófica

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

¿Su familia tiene estos otros bienes?

Por favor marque todos los que corresponden

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorros para la salud
 Fideicomiso(s) Propiedad (excluida la residencia principal) Tiene un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra página si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría compartir con nosotros, como por ejemplo: sus dificultades financieras, sus gastos médicos excesivos, sus ingresos temporales u ocasionales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que St. Charles Health System puede verificar la información revisando mi información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar si califican para la ayuda financiera o para un plan de pagos. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que entrego es falsa, el resultado puede ser la denegación de la ayuda financiera y yo podría ser responsable de pagar por los servicios prestados.

Firma de la Persona que Solicita Ayuda Financiera

Fecha