

**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](mailto: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