

Othello Community Hospital ha asumido el compromiso de garantizar que nuestros pacientes obtengan la atención hospitalaria que necesitan sin importar su capacidad para pagar por dicha atención. Proporcionar atención médica a aquellos que no pueden pagarla es parte de nuestra misión y la ley estatal exige que los hospitales proporcionen atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o con descuento en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud.

Si piensa que podría tener dificultades para pagar por su atención médica, le pedimos que hable con nosotros. Cuando sea posible, le recomendamos que solicite atención financiera antes de recibir tratamiento médico.

**¿Qué abarca la cobertura?** Para servicios de emergencia y otros servicios hospitalarios pertinentes en Othello Community Hospital, proporcionamos atención gratuita y asistencia financiera/atención benéfica a los pacientes elegibles sobre la base de una escala variable de honorarios, con descuentos que abarcan desde el 35% hasta el 100%. A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera/atención benéfica se le cobrará más que los montos facturados en general a los pacientes que tienen seguro

**Cómo presentar una solicitud:** Cualquier paciente puede solicitar recibir asistencia financiera/atención benéfica presentando una solicitud y proporcionando documentación de respaldo. Si tiene preguntas, necesita ayuda o desea recibir un formulario de solicitud o más información, comuníquese con nosotros:

- Al ingresar o al salir del hospital;
- Por teléfono: si su apellido empieza con: A- Garza, M comuníquese con Jeri (509) 331-2665; Garza, N-Mon comuníquese con Diana (509) 331-2661; Moo-Z comuníquese con Erika (509) 331-2656
- Personalmente: oficina de cobros localizada en el nivel principal del Hospital
- Para obtener documentos por correo postal sin cargo: Comuníquese con la oficina de cobros

**Si el inglés no es su lengua materna:** Puede obtener versiones traducidas del formulario de solicitud, en español de la política de asistencia financiera y este resumen, si así lo solicita.

**Planes de pago:** Todo saldo por montos que usted adeude vencen en un plazo de 30 días. El saldo podrá ser pagado de cualquiera de las siguientes maneras: tarjeta de crédito, plan de pagos, dinero en efectivo o con cheque. Si necesita un plan de pagos, llame al número que figura en su estado de facturación.

**Atención de emergencia:** Othello Community Hospital tiene un departamento de emergencias especial y proporciona atención para condiciones médicas de emergencia (según lo definido por la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia) sin discriminación alguna de acuerdo con las capacidades disponibles, más allá de que un paciente tenga o no la capacidad de pagar o sea elegible para obtener asistencia financiera.

Gracias por confiarnos con su cuidado.

## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Othello Community Hospital.

**El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Othello Community Hospital dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Comuníquese con la oficina de cobros. Se su apellido empieza con: A-Garza, M comuníquese con Jeri (509)331-2665, Garza, N-Mon comuníquese con Diana (509)331-2661, Moo-Z Comuníquese con Erika (509)331-2656 Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma. Horas de trabajo 8:00am a 5:00pm de Lunes a Viernes.

**A fin de que se procese su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares y declarar los bienes**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique "no corresponde" o "NC".

**Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a:** Othello Community Hospital, 315 N. 14th Ave., Othello, WA, 99344. Horas de trabajo 8:00am a 5:00pm de Lunes a Viernes. Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Oficina de cobros localizada en el nivel principal del hospital.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!**  
**Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.**

**Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial**

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

**INFORMACIÓN DE SELECCIÓN**

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, beneficios de comida o WIC?  Sí  No

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar?  Sí  No

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

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE**

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE**

Primer nombre del solicitante		Segundo nombre del solicitante		Apellido del solicitante	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	
Dirección postal				Número(s) de contacto principal(es)	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Dirección de correo electrónico:				_____	
Ciudad	Estado	Código postal			
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____)					
<input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</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> ( _____ )					

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ *Adjunte otra hoja de ser necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explicar* \_\_\_\_\_)

## Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

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

**Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención “W-2”; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 3 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

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

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)	

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 101 % de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros activos?

**Marque todos los que correspondan**

Acciones    Bonos    Plan 401K    Cuenta(s) de Ahorros para la Salud

Fideicomiso(s)    Propiedades (sin incluir la vivienda principal)

Es propietario de un negocio

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Othello Community Hospital puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha