

# ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE



## Instrucciones del Formulario de Asistencia Financiera

Esta es una solicitud de ayuda financiera (también conocida como cuidado de caridad) en Hospital General de Mason y Familia de Clínicas

**Estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos.** Usted puede calificar para la atención gratuita o cuidado de precio reducido basado en el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro de salud. Directrices federales de pobreza se pueden encontrar en nuestro sitio web @ [www.masongeneral.com](http://www.masongeneral.com)

**¿Qué cubre la ayuda financiera?** La asistencia financiera del hospital cubre los servicios basados en Hospital/Clínica apropiadas previstas por Hospital General de Mason y Familia de Clínicas dependiendo de su elegibilidad. La ayuda financiera puede no cubrir todos los costos de atención de salud, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones. Servicios electivos no son cubiertos por el programa de asistencia Financiera.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Por favor, llame a uno de nuestros representantes de cuentas de los pacientes al 360-427-3601. Usted puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo por una discapacidad o por barrera de idioma.

**Para que su solicitud sea procesada, usted debe:**

- Proporcionar información sobre su familia**  
**Llene el número de miembros de la familia en su hogar (familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos)**
- Proporcionar información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (Antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación sobre los ingresos familiares y declarar activos**
- Adjuntar la información adicional si es necesario**
- Firmar y escribir la fecha en el formulario**

**Nota: Usted no tiene que proporcionar un número de Seguro Social** para solicitar ayuda financiera. Si nos proporciona su número de Seguro Social ayudará a acelerar el proceso de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información proporcionada a nosotros. Si usted no tiene un número de Seguro Social, por favor marque "no aplica" o "NA".

**Envíe por correo o por fax su solicitud con toda la documentación a:** Mason General Hospital y Familia de Clínicas, PO. Box 1668, Shelton WA 98584 o por fax al: 360-427-9597. Asegúrese de sacar una copia para usted.

# **ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE**

**Para llevar su solicitud completa en persona:** Mason General Hospital and & Family of Clinics, 2505 Olympic Hwy, Shelton, WA 98584. Las horas de oficina son: Lunes - Viernes 8:00 am a 4:30 pm. Teléfono: 360-427-3601

Le notificaremos de la determinación definitiva de elegibilidad y de apelación si es aplicable, dentro de los 14 días de haber recibido una solicitud de asistencia financiera completa, incluyendo la documentación de ingresos.

Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para nosotros hacer las comprobaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Queremos ayudar. Por favor envíe su solicitud enseguida  
Usted puede recibir facturas hasta que recibamos su información.**

# ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE



## Solicitud de Asistencia Financiera - confidencial

Por favor complete toda la información por completo. Si no le aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

### INFORMACIÓN DE DETECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto SI, lista idioma preferido:
Ha aplicado al paciente para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puede ser obligado a aplicar antes de ser considerado para recibir asistencia financiera
El paciente recibe servicios públicos del estado, tales como TANF, Alimentos, o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El paciente está sin hogar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La atención médica que recibió el paciente es relacionada con un accidente automovilístico o accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que va a calificar para la ayuda financiera, incluso si aplica.
- Una vez que envíe su aplicación, es posible que revisemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 días civiles después de que recibimos de su solicitud y la documentación completa, le notificaremos si califica para recibir asistencia

### INFORMACION DE PACIENTE Y SOLICITANTE

Nombre de paciente	El segundo nombre del paciente	Apellido de paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social del Paciente (* opcional)  <i>* Opcional, pero necesario para la asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable por factura	Relación al paciente	Fecha de nacimiento
Número de Seguridad Social (* opcional)  <i>* Opcional, pero necesario para la asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</i>		
Dirección de Correo _____ _____		número de contacto principal (s) ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Ciudad	Estado	Código postal
<b>Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura</b>		
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha que empezó empleo: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado cuando dejo de trabajar : _____)		
<input type="checkbox"/> por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> discapacitados <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otros (_____)		

# ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE

## INFORMACIÓN FAMILIAR

**Adjuntar páginas adicionales si es necesario**

Nombre	Fecha De Nacimiento	La Relación al Paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre de empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: El ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	También solicita ayuda financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

**El ingreso de todos los miembros adultos de la familia 'debe ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**  
 - Salarios - Des empleo -Compensación del trabajador -Discapacidad -SSI -Niño / manutención del cónyuge  
 - programas de estudio del trabajo (estudiantes) - distribuciones de cuentas de jubilación - Pensión  
 - Otro (por favor explicar \_\_\_\_\_)

## INFORMACION DE INGRESOS

**RECUERDE QUE: Debe incluir comprobante de ingresos con su solicitud.**

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

**De todos los miembros de la familia de 18 años de edad o mayores deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, se puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Por favor proporcionar la prueba para cada fuente identificada de ingresos.**

**Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:**

- Un "W-2" comprobante de retención; o
- talones de pago actuales (3 meses); o
- declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los anexos si procede; o
- declaraciones escritas y firmadas de los patrones
- La aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y / o asistencia médica financiada por el estado; o
- La aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación de desempleo.

Si usted no tiene ninguna prueba de ingresos o sin ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

## INFORMACIÓN DE GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera*

**Los gastos mensuales del hogar:**

Alquiler / hipoteca \$ _____	Los gastos médicos \$ _____
Primas de seguros medico \$ _____	Utilidades \$ _____
Otra Deuda / gastos \$ _____ (manutención de los hijos, préstamos, medicamentos, otros)	

# ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE

## INFORMACION DE POSESION CAPITAL

*Esta información puede ser usada si su ingreso está por encima del 101% del nivel federal de pobreza.*

saldo de la cuenta de cheques

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

saldo de la cuenta de ahorros

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

**¿Su familia tiene estos otros bienes?**

Por favor marque lo que corresponda

- Bonos  acciones  401K(plan de retiro)  Cuenta de Ahorros de Salud  
 cuenta fiduciaria  propiedades (excluyendo la residencia primaria)  
 Es propietario de una empresa

## INFORMACION ADICIONAL

Por favor, adjunte una página adicional si hay otra información acerca de su situación financiera actual que le gustaría que sepamos, como una dificultad financiera, los gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal

## ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que el Hospital General de Mason y Familia de Clínicas pueden verificar la información mediante la revisión de la información de crédito y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si la información financiera que les di se determina que es falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia financiera, y seré responsable de pagar por los servicios prestados

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona Aplicando

\_\_\_\_\_  
Fecha

# ASISTENCIA FINANCIERA PARA LOS QUE NO TIENEN SEGURO MÉDICO O SEGURO INSUFICIENTE

## Servicios Electivos no cubiertos por la Asistencia Financiera

Actualizado 9.1.23

### SERVICIOS ELECTIVOS NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

De acuerdo con la Política de Asistencia Financiera de Mason General Hospital y Familia de Clínicas, solo ciertos servicios están cubiertos por Asistencia Financiera. La Política establece:

Asistencia financiera podría cubrir todos los servicios apropiados en el hospital, o que recibió en el hospital como paciente interno o ambulatorio / clínica. Servicios que no califican bajo asistencia financiera pueden incluir costos de transporte, procedimientos electivos o por separado servicios facturables profesionales proporcionados por personales médicos del hospital.

Servicios prestados por el Hospital General de Mason y la familia de clínicas que no están cubiertos bajo la póliza de cuidado de caridad incluyen, pero no se limitan a, los siguientes procedimientos electivos: (no es una lista exhaustiva)

Estudio de densidad hueso con ninguna necesidad médica (estudio de referencia)

Guarniciones de lentes de contactos

Procedimientos cosméticos de cualquier tipo (a menos que sean restauradores y médicamente necesarios)

Procedimiento de Composición corporal Dexa

Examen de drogas (Industrial o privado)

Cirugía de banda gástrica (colocación o desmontaje y reparación)

Cirugía ortopédica - Electiva - Sujeto a los servicios médicos apropiados basados

Examen de Papanicolaou y mama (siempre consulte Karen Hilburn o programas de salud Cervical y de mama)

Gastos de transporte

Eliminación de verrugas y mezquinos