



# Solicitud de asistencia financiera

Fecha original de  
vigencia:

20/05/2024

Fecha de revisión: 20/05/2024

Aprobado por: Jason Adler

Kittitas County Public Hospital District 2, que opera bajo el nombre de Upper Kittitas County Medic One ("Medic One"), se compromete a brindar servicios de soporte vital avanzado (SVA) sin importar la capacidad de pago. Para cumplir este compromiso, Medic One ofrece un Financial Assistance Program (Programa de Asistencia Financiera). Los pacientes pueden reunir los requisitos para recibir los servicios con precios reducidos o eximidos según los ingresos y el tamaño de la familia, incluso si tienen seguro médico.

## ¿Qué cubre la asistencia financiera?

La asistencia financiera cubre los servicios de atención de emergencia adecuados ofrecidos a través de los servicios de soporte vital avanzado (SVA) de Medic One según la elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de la atención de emergencia, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

## Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:

Llame al (800) 238-9398 o envíe un correo electrónico a [kittitaschd2@emspatient.com](mailto:kittitaschd2@emspatient.com). Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluso si tiene una discapacidad o necesita asistencia lingüística.

## Para que se procese su solicitud, debe hacer lo siguiente:

- Brindar información sobre su familia. Indique la cantidad de familiares en su hogar (la familia incluye a las personas con un vínculo sanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntas).
- Brindar información sobre los ingresos mensuales brutos (antes de impuestos y deducciones) de su familia.
- Brindar documentación sobre los ingresos de la familia.
- Adjuntar información adicional si se la necesita.
- Firmar y fechar el formulario.

### Nota:

No necesita proporcionar un número de seguro social para solicitar la asistencia financiera. Los números de seguro social se utilizan para verificar la información que se nos brinda. Si no tiene un número de seguro social, marque "no corresponde" o "NC".

## Envíe la solicitud completa con toda la documentación de la siguiente manera:

Por correo postal a Systems Design Attn: Patient Financial Services PO Box 3510 Silverdale, WA 98383 o por fax al (360) 394-7097. Asegúrese de guardar una copia para usted.

Le informaremos sobre la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de una solicitud completa de asistencia financiera, incluida la documentación sobre ingresos.

Si envía una solicitud de asistencia financiera, nos da consentimiento para hacer las consultas necesarias a fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

*Queremos ayudar. Envíe la solicitud apenas pueda. Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.*

## Financial Assistance Application Form (Formulario de solicitud de asistencia financiera)

*Ingrese toda la información completa. Si algo no corresponde, escriba "NC". Adjunte más páginas si lo necesita.*

### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  **Sí**  **No** *En caso afirmativo, indique el idioma de preferencia:*

¿El paciente solicitó Medicaid?  **Sí**  **No**

¿El paciente recibe servicios estatales públicos, como Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o Basic Food (Alimentos Básicos), o servicios del programa Women, Infants, and Children (WIC; Mujeres, Infantes y Niños)?  **Sí**  **No**

¿El paciente es una persona sin hogar actualmente?  **Sí**  **No**

¿El paciente necesita atención médica por un accidente de automóvil o una lesión laboral?  **Sí**  **No**

### PARA TENER EN CUENTA

- No podemos garantizar que reunirá los requisitos para recibir la asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Cuando envíe su solicitud, es posible que controlemos toda la información y que solicitemos información adicional o un comprobante de ingresos.
- En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud completa y la documentación, le informaremos si reúne los requisitos para la asistencia.

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar: _____)		Fecha de nacimiento		Número de seguro social del paciente (opcional)	
Dirección postal			Números de contacto principales		
_____			(    ) _____		
_____			(    ) _____		
Ciudad	Estado	Código postal		Dirección de correo electrónico:	
_____		_____		_____	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional)	
_____		_____	_____	_____	
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> (desde cuándo: _____)					
<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>Otra</b> (_____ )					

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere a los familiares de su hogar, incluido usted. La "familia" incluye a las personas con un vínculo sanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Adjunte otra página si lo necesita*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombres de empleadores o fuentes de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos mensuales brutos (antes de impuestos)	¿También solicita asistencia financiera?
		<b>PACIENTE</b>			Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

**Se deben aclarar los ingresos de todos los familiares adultos. Estas son algunas fuentes de ingresos:**

- Salario - Desempleo - Trabajo autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - Supplemental Security Income (SSI, Seguridad de Ingreso Suplementario) - Manutención conyugal/familiar  
 - Programa de trabajo para estudiantes - Pensión - Distribuciones de cuenta de jubilación - Otra (*explicar: \_\_\_\_\_*)

## INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

***RECUERDE:*** Debe incluir pruebas de los ingresos con su solicitud.

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

**Todos los familiares mayores de 18 años deben informar sus ingresos. Si no puede brindar documentación, puede enviar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Incluya pruebas de cada fuente de ingresos mencionada.**

**Estos son algunos ejemplos de pruebas de ingresos:**

- Comprobante de retención "W-2".
- Recibos de sueldo actuales (3 meses).
- Devolución de impuestos del año anterior, incluidos los anexos si corresponden.
- Comprobantes escritos y firmados de empleadores u otros.
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica estatal.
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

## INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Utilizamos esta información para comprender mejor su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_  
 Primas por seguro \$ \_\_\_\_\_ Servicios \$ \_\_\_\_\_  
 Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_ (*manutención, préstamos, medicamentos, otros*)

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría compartir con nosotros, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Comprendo que KCPHD2 podrá verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo datos de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Confirmando que la información de arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si se determina que la información financiera que proporcioné es falsa, podría provocar la denegación de la asistencia financiera y seré responsable de pagar los servicios recibidos.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha