



## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera

Se trata de una solicitud de ayuda financiera (también conocida como "atención benéfica").

Samaritan está comprometida a garantizar que nuestros pacientes reciban la atención que necesitan, independientemente de su capacidad para pagarla. Proporcionar atención sanitaria a quienes no pueden permitirse pagar forma parte de nuestra misión y la ley estatal exige que los hospitales ofrezcan atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles. Puedes optar a atención gratuita o con descuento según el tamaño de la familia y los ingresos, **incluso si tienes seguro médico**.

**¿Qué cubre la ayuda financiera?** Servicios médicos hospitalarios y clínicos adecuados y medicamente necesarios proporcionados por Samaritan. La elegibilidad se basa en la información que proporcionas en forma de solicitud de ayuda financiera y documentación de ingresos de respaldo. Se utilizarán criterios de ingresos, basados en el nivel federal de pobreza, para determinar la elegibilidad para la atención gratuita o con descuento. La ayuda financiera puede no cubrir todos los costes sanitarios, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud**, por favor contacte con Servicios Financieros para Pacientes en el (509) 793-9715. Puedes obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y asistencia lingüística. Versiones traducidas del formulario de solicitud están disponibles bajo solicitud.

### **Para que su solicitud sea procesada, debe hacerlo:**

- **Danos información sobre tu familia.**
  - Completa la sección de Información Familiar a continuación, incluyendo Tamaño Familiar. La familia se define como *"personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas."*
- **Proporcione información sobre los ingresos brutos mensuales de su hogar** (ingresos antes de impuestos y deducciones).
- **Proporcione documentación de respaldo de todos los ingresos del hogar.**
  - A continuación se enumeran ejemplos de documentos aceptables de verificación de ingresos.
- **Firma y fecha el formulario**, reconociendo que la información proporcionada es verdadera y correcta en la medida de tus conocimientos.

**Nota: No es necesario proporcionar un número de la Seguridad Social para solicitar ayuda financiera.** Si no tienes número de la Seguridad Social, por favor escribe "no aplicable" o "N/A".

**Envía tu solicitud por correo, fax o correo electrónico con toda la documentación de ingresos que los respalda a Samaritan; ATENCIÓN:** Servicios Financieros para Pacientes, 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837, Fax al (509) 764-3244 o correo electrónico [FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com](mailto:FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com).

**Para recibir asistencia presencial**, Servicios Financieros para Pacientes se encuentra en 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837. Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (excepto festivos).

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, que deberá incluir la documentación de respaldo requerida.

¡Queremos ayudar! Por favor, envíe su solicitud con prontitud y asegúrese de que toda la documentación de ingresos que los respalde esté incluida. Puedes recibir facturas hasta ese momento.



# Samaritan

## Formulario de solicitud de ayuda financiera – confidencial (página 1)

Por favor, complete este formulario de 2 páginas en su totalidad. Si no es aplicable, escribe "N/A."

\*Adjuntar páginas adicionales si es necesario.

### INFORMACIÓN SOBRE LA PROYECCIÓN

¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, lista el idioma preferido: _____	¿Recibes servicios públicos estatales, como TANF/Basic Food? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Nota:</b> Puede que se te requiera solicitar antes de considerar la ayuda financiera.	¿Tienes seguro médico actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indica el nombre del plan: _____
¿Tu necesidad de atención médica está relacionada con un accidente de coche o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estás sin hogar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### POR FAVOR, TEN EN CUENTA

- No podemos garantizar que cumplas los requisitos para la ayuda financiera, incluso si lo solicitas.
- Podemos solicitar documentación adicional de respaldo, información familiar y/o prueba de ingresos.
- En un plazo de 14 días naturales desde la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos su elegibilidad para recibir asistencia.

### INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES Y SOLICITANTES

Nombre de pila del paciente	Inicial Paciente Intermedia	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro o N/A	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social del Paciente (opcional)
Aval (Persona responsable de pagar la factura)	Relación con el paciente	Número de Seguridad Social del Aval (opcional)
Dirección postal	Número(s) de contacto ( ) _____ ( ) _____	
Código postal de la ciudad-estado	Dirección de correo electrónico _____	
Estado laboral del garante <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (fecha de desempleo: _____) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros (_____)		

### INFORMACIÓN FAMILIAR

<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA</b>	Haz una lista de los miembros de tu familia en tu hogar, <b>incluido tú mismo</b> . La familia se define como "personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas" *Adjuntar página adicional si es necesario.
-----------------------------	--

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre(s) del empleador -o- Fuente de ingresos	Ingreso Bruto Mensual Total (antes de impuestos):
		<b>Yo</b>		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

## Formulario de solicitud de asistencia financiera – confidencial (página 2)

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**RECUERDA:** Todos los ingresos de los miembros de la familia deben ser declarados. Proporciona pruebas de todas las fuentes de ingresos identificadas.

**La fuente de ingresos incluye, por ejemplo:**

-Salarios -Desempleo -Trabajo por cuenta propia -Compensación laboral -Discapacidad -SSI -Manutención infantil/conyugal -Pensión -TANF/Alimentación básica -Distribución de jubilación -Renta por alquiler  
-Otros (por favor), explique): \_\_\_\_\_

**La documentación de apoyo (es decir, "prueba de ingresos") incluye, por ejemplo:**

- Un estado de retención "W-2" para el año en curso
- Recibos de nómina actuales de todos los empleos (3 meses)
- Una declaración de la renta del año natural más reciente, incluyendo anexos (si procede)
- Extracto bancario actual que refleje los depósitos de todas las demás fuentes de ingresos (3 meses)
- Notificación o estado de cuenta de pago de PFMLA (Permiso Médico Familiar Remunerado)
- Carta de concesión de prestaciones de la Seguridad Social, carta de concesión de prestaciones para veteranos, carta de concesión de compensación laboral (L&I)
- Formularios que aprueban o deniegan la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado
- Formularios que aprueban o deniegan la prestación por desempleo
- Declaraciones escritas del DSHS u otra agencia estatal
- Carta de concesión de jubilación, pensiones o anualidades
- Formularios de impuestos sobre la renta por cuenta propia, incluidos anexos con la cuenta de pérdidas y ganancias
- Formulario de verificación de empleo de Samaritan

**Si no tienes ingresos, puedes presentar una declaración escrita y firmada explicando tu situación.**

### INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE GASTOS DEL HOGAR

*Utilizamos esta información para obtener una visión más completa de tu situación financiera.*

Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Otras deudas/gastos (lista):	\$ _____
Médico o con receta médica	\$ _____	Otras deudas/gastos (lista):	\$ _____
Prima(s) de seguro médico	\$ _____	Otras deudas/gastos (lista):	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____	Otras deudas/gastos (lista):	\$ _____

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, adjunta página(s) adicional(es) si hay otra información sobre tu situación financiera actual que desearías que conozcamos, como una dificultad financiera significativa, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

### ACUERDO CON EL PACIENTE

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, doy mi consentimiento a Samaritan para que realice las consultas necesarias para confirmar las obligaciones y la información financiera.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que si la información financiera que he dado se determina falsa, el resultado puede ser la denegación de la ayuda financiera y puede que me responsabilice y se espere que pague por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) que solicita

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envía tu solicitud por correo, fax o correo electrónico con toda la documentación de apoyo a:**

Samaritan; ATENCIÓN: Asesor Financiero, 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837  
Fax: (509) 764-3244, or Correo electrónico: [FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com](mailto:FinancialCounselor@SamaritanHealthcare.com).

**Para recibir asistencia presencial:**

Especialista en Acceso Financiero: 2000 S. Clover Drive, Moses Lake, WA 98837  
Servicios financieros para pacientes: 1616 S. Pioneer Way, Moses Lake, WA 98837