



ASISTENCIA FINANCIERA

Financial Assistance Application

(atención benéfica)

**Para obtener información adicional, por favor
contactar Servicios Financieros del Paciente:**

Teléfono:
(360) 417-7111
(800) 854-2844
(TTY: 1-360-417-8686)

En persona:
519 S Peabody St.
Port Angeles
Monday - Friday
8:00am to 4:30pm

Por Correo:
939 Caroline St.
Port Angeles, WA 98362

Olympic Medical Center complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish Olympic Medical Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-360-417-7000 (TTY: 1-360-417-8686).

Chinese Olympic Medical Center 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

繁體中文 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-360-417-7000 (TTY: 1-360-417-8686)。

Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Olympic Medical Center.

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.
www.olympicmedical.org then go to Patients & Visitors, Billing & Financial Services

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Olympic Medical Center y Olympic Medical Physicians 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:

519 S Peabody St. Port Angeles, WA 98362 Teléfono: (360) 417-7111 (800) 854-2844

Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

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**
- **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:

939 Caroline St., Port Angeles, WA 98362. Asegúrese de conservar una copia para usted.

Para presentar su solicitud completada personalmente: 519 S Peabody St. Port Angeles, WA 98362.

Mon - Fri 8:00am to 4:30pm Teléfono: (360) 417-7111 (800) 854-2844

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.



Olympic Medical Center

Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial 1 of 2

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

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Número(s) de contacto principal(es)
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		() _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN FAMILIAR

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____	Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas. <i>Adjunte otra hoja de ser necesario.</i>				
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?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 2 of 2

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

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

Primer nombre del solicitante	Segundo nombre del solicitante	Apellido del solicitante	Fecha de nacimiento
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------	---------------------

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 (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 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 Olympic Medical Center 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