

## Instrucciones para el Formulario de Atención de Beneficencia Financiera (Charity Care/Financial Assistance)

Esta es una solicitud para recibir atención financiera (también conocida como atención de beneficencia y en inglés como Charity Care) en el Overlake Hospital Medical Center, en español como Centro Médico Hospitalario Overlake (abreviado en inglés OHMC) y/o en Overlake Medical Clinics, LLC, en español como Las Clínicas Médicas Overlake (abreviado en inglés como OMC).

**El Estado de Washington exige a todos los hospitales que proporcionen asistencia o atención financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingreso. Usted puede calificar para el cuidado de salud gratuito o de precio reducido basado en el tamaño de su familia y del ingreso de la misma, incluso si usted cuenta con seguro de salud o gastos médicos. *Puede consultar la política de atención financiera en [www.overlakehospital.org/financiapolicies](http://www.overlakehospital.org/financiapolicies).*

**¿Qué cubre la atención financiera?** La atención o asistencia financiera cubre los servicios adecuados que provea OHMC y/o OMC, dependiendo de su elegibilidad. La atención financiera puede que no cubra todos los costos de cuidado de salud, incluyendo los servicios proveídos por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Por favor llame a nuestro Coordinador de Atención Financiera al 425-635-6239. Usted puede obtener ayuda por cualquier causa, incluyendo por discapacidades o por asistencia al lenguaje.

**Para procesar su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos con información sobre su familia**  
Indique el número de miembros de su familia en su vivienda (la familia incluye a personas con parentesco por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntos)
- Proporcionarnos con información sobre el ingreso bruto mensual de su familia (el ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentos que soporten el ingreso familiar**
- Anexar información adicional, si así se requiere**
- Firmar y poner la fecha en el formulario**

**Nota: Usted no tiene que tener un número de Seguro Social para aplicar por atención o asistencia financiera.** Si usted nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a que se expedita el proceso de su solicitud. Los números de Seguro Social son usados para verificar la información que usted nos proporcionó. Si no cuenta con un número de Seguro, por favor marque la opción o anote "no aplica" o "NA".

**Mande por correo o por fax la solicitud completa con toda la documentación a:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116<sup>th</sup> Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

Usted puede usar el sobre adjunto para remitir la correspondencia.  
Asegúrese de guardar una copia para usted.

Le notificaremos en un plazo de 14 días de recibir su solicitud completa de atención financiera, incluyendo su documentación de ingreso correspondiente, sobre la decisión final sobre su elegibilidad y sus derechos de apelación, si aplican.

Al someter su solicitud de atención financiera, usted nos da el consentimiento de hacer las averiguaciones necesarias para corroborar su información y obligaciones financieras.

**Queremos ayudarle. ¡Por favor entregue su solicitud con prontitud!  
Usted podrá recibir facturas de pago hasta que recibamos su información.**

## Formulario de Solicitud de Atención de Beneficencia Financiera - Confidencial (Charity Care/Financial Assistance Application Form)

*Por favor complete toda la información indicada. Si no aplica, escriba "NA". Si necesita, agregue más hojas.*

### INFORMACIÓN DE SONDEO

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió Sí, indique el idioma que prefiere:</i>
¿Ha el paciente solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Puede que se le pida que lo solicite antes de considerarlo para la atención financiera</i>
¿El paciente está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica para el paciente está relacionada con un accidente vehicular o lastimadura en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### POR FAVOR OBSERVE

- No podemos garantizar que usted calificará para la atención o asistencia financiera, incluso si aplica.
- Una vez que enviemos su solicitud, podemos verificar toda la información y pedir información adicional o comprobantes de ingresos.
- Le informaremos si califica para la asistencia en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud y documentos completos.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido(s) del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional*)  <i>*opcional, pero requerido para tener una asistencia más generosa y superior a la que indica la ley estatal.</i>
Persona responsable por las Facturas de Pago	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número de seguro social (opcional*)  <i>*opcional, pero requerido para tener una asistencia más generosa y superior a la que indica la ley estatal.</i>
Dirección Postal  _____		Números de contacto(s) principales ( ) _____ ( ) _____
Ciudad	Estado	Código Postal
Condición de empleo del responsable por las facturas a pagar <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (Fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (Tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Autoempleado</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Retirado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____ )		

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Anote a los miembros de familia en su vivienda, incluyéndose a usted. "Familia" incluye a las personas con parentesco por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos.

**TAMAÑO DE FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Si necesita, agregue más hojas*

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 o es mayor: Nombre de los empleadores o fuentes de ingreso	Si tiene 18 o es mayor: Ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	¿Está también aplicando para atención/asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Se deben mostrar todos los ingresos de los adultos de la familia, incluyendo la fuente de ingresos, por ejemplo:**

- Salarios - Desempleo - Autoempleado - Compensación laboral - Discapacidad - SSI - Manutención infantil o conyugal  
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribución de cuentas de retiro - Otra (*por favor explique*\_\_\_\_\_)

## Formulario de Solicitud de Atención de Beneficencia Financiera - Confidencial (Charity Care/Financial Assistance Application Form)

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir sus comprobantes de ingresos junto con la solicitud.

Debe proporcionar la información de los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es requerida para determinar su asistencia o atención financiera. Todos los miembros de la familia que tengan 18 años o sean mayores deben mostrar su ingreso. Si no puede proporcionar documentos comprobantes, puede presentar una declaración escrita y firmada de sus ingresos. Por favor proporcione comprobantes de cada fuente de ingreso identificada.

**Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:**

- Una forma "W-2" de comprobante de la declaración de retención de impuestos; o
- Talones de pagos de sueldo o salarios vigentes (3 meses); o
- La declaración de impuestos por ingresos del año pasado, incluyendo los programas (schedules), si aplican; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros si aplican; o
- Aprobación o rechazo para calificar a Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado.
- Aprobación o rechazo para compensaciones por desempleo

Si no tiene comprobantes de ingresos o de falta de ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor anexe una página adicional si existe otro tipo de información acerca de su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, tales como dificultades económicas o financieras, ingresos temporales o por temporada, o pérdida personal.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC, ambos conocidos en español como Centro Médico Hospitalario Overlake y Clínicas Médicas Overlake, pueden verificar su información a través la revisión de información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para asistir a determinar su calificación o elegibilidad para la asistencia/atención financiera o un plan de pagos.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si la información que proporcioné resulta ser falsa, el resultado será un rechazo de la atención o asistencia financiera y que yo seré responsable y se esperará que yo realice los pagos por el servicio o atención proveída.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha