

UW Medicine

Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de asistencia financiera

El estado de Washington exige a todos los hospitales que proporcionen asistencia económica a las personas y las familias que reúnen ciertos requisitos de ingresos. Para acceder a la asistencia económica, se tienen en cuenta determinados factores, como el tamaño de la familia y los ingresos, incluso si tiene seguro médico. UW Medicine ofrece asistencia económica a los pacientes o garantes cuyos ingresos familiares brutos alcancen el 400 % del índice federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y se ajusta según el tamaño de la familia luego de que la cobertura de terceros se haya agotado. En el caso de los servicios profesionales y los que se prestan en los centros en Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, UW Medicine Primary Care y Valley Medical Center:

- El monto de los ingresos se debe situar entre el 0 % y el 300 % del FPL para acceder a un descuento por asistencia económica del 100 %.

En el caso de los servicios que se prestan en el centro solo con fecha de alta el 1.º de julio de 2022 o una fecha posterior en el Harborview Medical Center, UW Medical Center y Valley Medical Center:

- El monto de los ingresos se debe situar entre el 301 % y el 350 % del FPL para acceder a un descuento por asistencia económica del 75 %.
- El monto de los ingresos se debe situar entre el 351 % y el 400 % del FPL para acceder a un descuento por asistencia económica del 50 %.

¿Qué cubre la asistencia económica? La política de asistencia económica cubre los servicios hospitalarios (en el centro) y extrahospitalarios (profesionales) correspondientes que presta UW Medicine según su condición de elegibilidad. Es posible que la asistencia económica no cubra todos los gastos médicos; esto incluye los servicios que prestan otras organizaciones. Puede solicitar más información o consultar nuestro sitio web de asistencia económica en uwmedicine.org/financialassistance o valleymed.org/financialassistance.

Para que podamos procesar su solicitud, debe hacer lo siguiente: Proporcionar información sobre su familia. Especifique la cantidad de personas que viven en su hogar (el término "familia" incluye a las personas unidas por una relación consanguínea, matrimonial o adoptiva que viven bajo el mismo techo).

- Proporcionar información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (antes de la deducción de impuestos y otras deducciones).
- Presentar la documentación relacionada con los ingresos familiares y una declaración de bienes.
- Adjuntar información complementaria de ser necesario, por ejemplo, cartas de respaldo para validar la información.
- Firmar y fechar el formulario.

En el caso de la solicitud de asistencia económica y los documentos justificativos en inglés, ahora puede utilizar MyChart (salvo en Airlift Northwest) para presentar sus documentos en función del centro donde se atiende. La presentación de todas las otras solicitudes se seguirá haciendo por correo, por fax o en persona. Cualquier tipo de información que se presente para ser evaluada se considerará información médica protegida según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Para que se procese su solicitud, debe ser un paciente registrado con un número de registro médico (Medical Record Number, MRN): En el caso del Centro Médico Harborview, Centro Médico de la Universidad de Washington en Montlake, Centro Médico de la Universidad de Washington en la región noroeste, los médicos de la Universidad de Washington y las Cuidado Atención médica primaria en UW Medicine, llame al Centro de Contacto al 206.520.5000 para registrarse antes de completar su solicitud.

<p>Harborview Medical Center UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 Teléfono 206.744.3084 FAX 206.744.5187 L-V 8:00 a. m. – 4:30 p. m. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Montlake UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1959 NE Pacific Street; Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 Teléfono 206.744.3084 FAX 206.598.1122 L-V 8:00 a. m. – 4:30 p. m. mychart.uwmedicine.org</p>	<p>UW Medical Center-Northwest UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 Teléfono 206.744.3084 FAX 206.598.1122 L-V 8:00 a. m. – 4:30 p. m. mychart.uwmedicine.org</p>
<p>Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 Teléfono 425.690.3578 FAX 425.690.9578 L-V 8:00 a. m. – 5:00 p. m. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 Teléfono 425.690.3578 FAX 425.690.9578 L-V 8:00 a. m. – 5:00 p. m. mychart.valleymed.org/#mychart</p>	<p>Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 Teléfono 206.598.2912 FAX 206.521.1612 L-V 8:00 a. m. – 5:00 p. m.</p>

Si tiene preguntas y necesita ayuda para completar la solicitud, busque arriba la información de contacto del lugar donde se atiende y comuníquese con el centro. Puede solicitar ayuda por cualquier motivo, por ejemplo, asistencia lingüística o por discapacidad. Le informaremos la resolución final sobre la condición de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en menos de 14 días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa de asistencia económica con la documentación de los ingresos. Si envía la solicitud de asistencia económica, usted nos autoriza a hacer las averiguaciones necesarias para corroborar la información.

Queremos brindarle nuestra ayuda. Presente la solicitud cuanto antes. Recibirá las facturas de los servicios hasta que nos proporcione la información. UW Medicine y el Fred Hutchinson Cancer Center (FHCC) intercambiarán información de ser necesario para ayudar a los pacientes que se atienden en ambas instituciones (en un plazo de 90 días luego de completar una solicitud). Si las dos instituciones aprueban la solicitud, el período de aprobación puede variar.

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, marque "No" o escriba "NA" (no aplica). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo necesita, escriba el idioma que prefiere: _____
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es posible que deba solicitar Medicaid antes de tenerlo en cuenta para la asistencia financiera
¿El paciente tiene Seguro de salud actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como el Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Alimentos Básicos o el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente actualmente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de recibir asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o un accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOTA

- No podemos garantizarle que usted sea elegible con los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envía la solicitud, es posible que revisemos toda la información y solicitemos información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 14 días naturales una vez recibida la documentación y la solicitud completada le informaremos si usted cumple con los requisitos para recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)	Nº de registro médico (Medical Record Number, MRN)	Fecha de nacimiento del paciente
Persona que paga la factura (garante)	Vínculo con el paciente	Fecha de nacimiento del garante
Dirección de correo	Números de teléfono con código de área () _____ () _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico: _____		
Situación laboral de la persona que paga la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo sin empleo: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia que residen en su casa, **incluido usted**. La "familia" incluye a los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingreso	Si es mayor de 18 años de edad: Ingreso bruto total mensual (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se debe revelar el ingreso de todos los adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Salarios - Desempleo - Empleo autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Pensión infantil/conyugal - Programas de empleo para estudiantes (estudiante) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (por favor, explique _____)

UW Medicine

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de los ingresos en la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de la familia. La verificación de los ingresos se requiere para determinar la asistencia financiera.

Todos los integrantes de la familia mayores de 18 años de edad deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione comprobantes para todas las fuentes de ingreso identificadas.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos, se incluyen los siguientes:

- Un formulario "W-2".
- Comprobantes de pago actuales (tres meses); o
- Estados de cuenta bancarios (tres meses); o
- La declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos los formularios si corresponde; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otro (documento de respaldo) que indique su situación y circunstancias financieras actuales, si no tiene prueba de sus ingresos, o
- Formularios donde se aprueba o se rechaza la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica estatal; o
- Formularios donde se aprueban o se rechazan subsidios por desempleo, o declaraciones escritas de los empleadores o instituciones de asistencia social.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS (Adjunte otra página para enumerar otras deudas si es necesario).

Utilizamos esta información para obtener un panorama completo de su situación financiera.

Gastos domésticos mensuales:

Renta/hipoteca	(USD) _____	Gastos médicos	(USD) _____
Primas de seguro	(USD) _____	Servicios	(USD) _____
Otras deudas/gastos	(USD) _____	<i>(pensión infantil, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Saldo actual de la cuenta corriente I
(USD) _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros I
(USD) _____

¿Su familia tiene los siguientes bienes?

Marque todas las opciones que correspondan.

- Acciones Bonos Plan de ahorro 401K Cuenta(s) de ahorros para gastos médicos
 Inmuebles (sin incluir la residencia principal) Negocio propio Fideicomiso(s)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra página si desea brindarnos más información sobre su situación económica actual, por ejemplo, información sobre alguna dificultad económica, sobre sus ingresos temporales o transitorios, o sobre alguna pérdida personal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que UW Medicine y el FHCC corroborarán la información mediante la revisión de la información crediticia y la obtención de información de otras fuentes para poder determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia económica o planes de pago.

Ratifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información que proporcioné es falsa, la consecuencia será la denegación de la asistencia económica y tendré la obligación de pagar los servicios prestados.

Nombre de la persona solicitante _____

Fecha _____