

## Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia financiera/atención médica de caridad

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención médica de caridad) de Seattle Cancer Care Alliance (SCCA).

**El estado de Washington exige que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera** a personas y familias que cumplen determinados requisitos de ingresos. Según el tamaño de su familia y sus ingresos, usted podría calificar para recibir atención gratis o a un precio reducido, incluso si tiene seguro de salud. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro Departamento de Ciclo de Ingresos al (206) 606-6226, o llame sin cargo al (800) 304-1763, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4 p.m. (hora del Pacífico).

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera del hospital cubre servicios hospitalarios adecuados proporcionados por SCCA dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de atención médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud:** Comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro Departamento de Ciclo de Ingresos al (206) 606-6226, o llame sin cargo al (800) 304-1763. Usted puede obtener ayuda por cualquier razón, incluso asistencia por discapacidad o con el idioma.

### **Para que su solicitud sea procesada, usted deberá:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Indique el número de miembros de la familia en su casa (la familia incluye a las personas emparentadas por nacimiento, casamiento o adopción que viven juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionarnos la documentación correspondiente a los ingresos familiares y declarar sus bienes**
- Adjuntar información adicional, en caso de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: No es necesario que proporcione un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número de Seguro Social, nos ayudará a procesar su solicitud con mayor rapidez. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que usted nos suministra. Si usted no tiene número de Seguro Social, marque «no corresponde» o «N/C».

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

SEATTLE CANCER CARE ALLIANCE  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
PO Box 19023  
MS LG300  
Seattle, WA 98109  
Fax: (206) 606-6299

Recuerde conservar una copia para usted.

### **Para presentar su solicitud completa personalmente ante un consejero financiero o a:**

SEATTLE CANCER CARE ALLIANCE

PATIENT REGISTRATION DEPARTMENT

825 Eastlake Ave E

Seattle, WA 98109

Teléfono: (206) 606-6226

De lunes a viernes: 7 a.m. a 5 p.m.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro del plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación correspondiente a los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para que realicemos las averiguaciones necesarias a fin de verificar las obligaciones financieras y la información.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud sin demora!**

## Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención médica de caridad

Llene de manera completa con toda la información necesaria. Si no corresponde, escriba «N/C». Si es necesario, agregue páginas adicionales.

INFORMACIÓN DE DETERMINACIÓN	
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, indique la preferencia de idioma:	
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es posible que se le exija que lo solicite antes de que lo consideren para recibir asistencia financiera	
¿El paciente recibe servicios públicos estatales, como TANF (asistencia temporal para familias necesitadas), Basic Food (programa de asistencia para alimentos básicos) o WIC (programa de nutrición para mujeres, niños y bebés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente el paciente es una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente automovilístico o de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, aunque la solicite.</li> <li>Una vez que haya presentado su solicitud, podríamos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobantes de ingresos.</li> <li>Nosotros le informaremos si usted califica para recibir asistencia dentro del plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud completa y la documentación.</li> </ul>	

DATOS 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 (indique, si lo desea _____)		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente*	
				<i>*Vea la nota sobre el Número de Seguro Social en la página 1</i>	
Persona responsable del pago de la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social*	
				<i>*Vea la nota sobre el Número de Seguro Social en la página 1</i>	
Situación de empleo de la persona responsable del pago de la factura					
<input type="checkbox"/> <b>Empleado(a)</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado(a)</b> (tiempo que ha estado desempleado(a): _____)					
<input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Retirado(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (_____)					
Dirección postal			Dirección permanente (si es diferente de la dirección postal)		
_____			_____		
Ciudad Estado Código Postal			Ciudad Estado Código Postal		
_____			_____		
País			País		
_____			_____		
Información de contacto					
Dirección de correo electrónico:					
_____					
Número(s) principal(es) de contacto:					
<b>Casa</b> ( ) _____ <b>Móvil</b> ( ) _____ <b>Trabajo</b> ( ) _____					

**Información de residencia**

Según la definición de la política de SCCA, la asistencia financiera está limitada a los residentes del estado de Washington, pero los no residentes podrían calificar para otros programas de ayuda financiera.

¿Cuánto tiempo ha vivido en el estado de Washington? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo planea vivir en el estado de Washington? \_\_\_\_\_

Si usted ha vivido en WA menos de 1 año, ¿por qué vino a este estado?

---



---



---



---

**DATOS FAMILIARES**

Indique los miembros de su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por nacimiento, casamiento o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Si es necesario, agregue páginas adicionales*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Ingreso bruto mensual total (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben declararse los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salario - Desempleo - Trabajo independiente - Compensación para trabajadores - Discapacidad - SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- Manutención infantil/conyugal - Programas de empleo para estudiantes - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro
- Otro (*explique* \_\_\_\_\_)

**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Usted deberá proporcionar los ingresos de los miembros de la familia indicados más arriba. La verificación de ingresos se exige a fin de determinar la asistencia financiera.

**Todos los miembros de la familia que tengan 18 años de edad o más deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, deberá presentar una declaración escrita y firmada con una descripción de sus ingresos. Proporcione comprobantes para cada fuente de ingresos indicada.**

**Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son:**

- Comprobante de retención "W-2"; o
- Comprobantes actuales de pago de salario (3 meses); o
- Declaración de impuesto a las ganancias del año anterior, incluidos los anexos, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad de Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Nosotros utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación económica.*

**Gastos mensuales de la casa:**

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguros	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otra deuda/Otros gastos	\$ _____	<i>(mantención infantil, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

### INFORMACIÓN SOBRE BIENES

*Esta información podría utilizarse si sus ingresos superan el 300% del índice federal de pobreza.*

Saldo actual en cuentas de cheques  
\$ \_\_\_\_\_  
Saldo actual en cuentas de ahorros  
\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia alguno de los siguientes bienes?

**Marque todos los que corresponda y proporcione documentación de respaldo**

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

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Si hay otra información sobre su situación económica actual que desee hacernos saber, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal, adjunte una página adicional.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que SCCA podría verificar los datos mediante la revisión de la información de crédito y la obtención de información de otras fuentes a fin de asistir en la determinación de elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que, a mi leal saber y entender, la información que aparece más arriba es verdadera y correcta. Entiendo que, si se determinara que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado podría ser la denegación de ayuda financiera, y es posible que deba asumir la responsabilidad y pagar por los servicios prestados.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha