

Instrucciones para el formulario de solicitud de asistencia económica

Esta es una solicitud de asistencia económica (también conocida como ayuda benéfica) en Fred Hutchinson Cáncer Center. **El estado de Washington exige que todos los hospitales den asistencia económica** a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratis o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Fred Hutchinson Cancer Center da asistencia económica a cualquier paciente/garante cuyos ingresos familiares brutos sean hasta del 300 % del nivel federal de pobreza (FPL) con un descuento del 100 %. Para fechas posteriores al 1 de julio de 2022, los umbrales del Fred Hutchinson Cancer Center se amplían a:

- 301-350 % del FPL para un 75 % de descuento y 25 % de responsabilidad del paciente
- 351-400 % del FPL para un 50 % de descuento y 50 % de responsabilidad del paciente

Para obtener más información, comuníquese con nuestro representante de Cuentas de Pacientes al (206) 606-6226 o al número de llamada sin costo (800) 304-1763, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m. (Hora del Pacífico).

¿Qué cubre la asistencia económica? La asistencia económica del hospital cubre los servicios de hospital apropiados prestados en Fred Hutchinson Cancer Center dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia económica no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: llame a nuestro representante de Cuentas de Pacientes al (206) 606-6226 o al número de llamada sin costo (800) 304-1763. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo la discapacidad y la asistencia con idiomas.

Para que se procese la solicitud, usted debe:

- Darnos información sobre su familia**
Complete el número de familiares en su grupo familiar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Darnos información y documentación sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Declarar activos**
- Adjuntar más información, si es necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

Nota: no tiene que dar un número de Seguro Social para enviar una solicitud de asistencia económica. Si nos da su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que se nos da. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA".

Presente su solicitud completa con toda la documentación a un asesor financiero en:

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
FINANCIAL COUNSELING
825 Eastlake Avenue East
MS G3-650
Seattle, WA 98109
Correo electrónico: Fincounsel@seattlecca.org
FAX: (206)606-1271

Asegúrese de guardar una copia de la solicitud de asistencia económica para usted.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si corresponde, en un período de 14 días calendario después de recibir una solicitud de asistencia económica completa, incluyendo la documentación de ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia económica, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud pronto!

Puede recibir facturas mientras su solicitud está pendiente. Fred Hutchinson Cancer Center y UW Medicine pueden compartir información, si es necesario, para ayudar a los pacientes que buscan atención en ambas instituciones (dentro de los 90 días de completar una solicitud). El período de aprobación para cada institución puede diferir.

Formulario de solicitud de asistencia económica

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte más páginas, si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No Si respondió Sí, escriba el idioma preferido:

¿El paciente solicitó Medicaid? Sí No

Es posible que sea necesario presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia económica

¿Recibe el paciente servicios públicos del estado como TANF, Basic Food o WIC? Sí No

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? Sí No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de auto o una lesión laboral?

Sí No

TENGA EN CUENTA

- No podemos asegurar que usted calificará para recibir asistencia económica, incluso si envía una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos más información o prueba de ingresos.
- Dentro del período de 14 días calendario después de recibir su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente*	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social*	
				*ver la nota en la página 1 con respecto al número de Seguro Social	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo ha estado desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					
Dirección postal			Dirección permanente (si es diferente a la dirección postal)		
_____			_____		
Ciudad Estado Código postal			Ciudad Estado Código postal		
_____			_____		
País			País		
_____			_____		
Información de contacto					
Dirección de correo electrónico:					

Números del contacto principal:					
Casa () _____		Celular () _____		Trabajo () _____	

Información de residencia

La asistencia económica se limita a los residentes del estado de Washington según lo define nuestra política, pero los no residentes pueden calificar para otros programas o apoyo económico.

¿Cuánto tiempo ha vivido en el estado de Washington? _____

¿Cuánto tiempo planea vivir en el estado de Washington? _____

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

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Haga una lista de los familiares en su grupo familiar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte más páginas si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos):	¿También está enviando una solicitud de asistencia económica?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se deben revelar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabaja por cuenta propia - Compensación de los Trabajadores - Discapacidad - SSI
- Manutención de hijos/cónyuges - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión
- Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explique* _____)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Debe dar los ingresos de los familiares mencionados arriba. Debe presentar verificación de ingresos para determinar la asistencia económica.

Todos los familiares mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede dar la documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Presente pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Entre los ejemplos de prueba de ingresos se incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- Planilla de declaraciones de impuestos sobre ingresos del último año, incluyendo los calendarios si aplica; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para subsidio de desempleo.

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página más con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación económica.

Gastos mensuales del grupo familiar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguros	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	<i>(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otros)</i>	

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información se puede usar si sus ingresos superan el 400 % de los Niveles federales de pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques
\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorro
\$ _____

¿Tiene su familia estos otros bienes?

Marque todo lo que corresponda y dé la documentación de respaldo

- Acciones
 Bonos
 401K
 Cuentas de ahorro para gastos médicos
 Fideicomisos
 Propiedad (excluyendo residencia principal)
 Tiene un negocio

MÁS INFORMACIÓN

Adjunte una página más si hay otra información sobre su situación económica actual que le gustaría que supiéramos, como privaciones, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que, **Fred Hutchinson Cancer Center** y **UW Medicine** pueden verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia económica o planes de pago.

Afirmo que la información arriba mencionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información económica que doy es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia económica, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que solicita

Fecha