



## NORTH VALLEY HOSPITAL

*North Valley Hospital Brinda atención hospitalaria independientemente de su capacidad de pago.*

### **Ayuda con las facturas del hospital!**

#### Asistencia financiera y atención benéfica

**¿Que es la asistencia financiera hospitalaria y la atención benéfica?** La asistencia financiera hospitalaria y la atención caritativa ayudan a las personas y familias en Washington a pagar los servicios hospitalarios. La asistencia financiera y la atención caritativa brindan atención gratuita o a precio reducido, según su elegibilidad e ingresos.

#### **¿Quien recibe asistencia financiera y atención caritativa?**

1. Para recibir asistencia financiera y atención caritativa, su nivel de ingresos debe estar dentro de nuestras pautas.
2. Si sus ingresos están dentro de nuestras pautas, puede obtener asistencia incluso si está asegurado, pero el seguro no cubre todos los costos de su atención.
3. Para recibir asistencia financiera y atención benéfica cuando ocurra una lesión laboral, accidente automovilístico o situación similar, primero se deberán agotar todas las demás formas de pago.
4. Se puede brindar asistencia financiera y atención caritativa para servicios de emergencia y no emergencias independientemente de la ubicación de residencia.
5. Puede recibir asistencia financiera y atención caritativa independientemente de su raza, credo, color, origen nacional, sexo, orientación sexual o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía o animal de servicios entrenado por una persona discapacitada.

**¿Que cubren la asistencia financiera y la atención benéfica?** La asistencia financiera y la atención caritativa cubren la atención hospitalaria médicamente necesaria, incluida la atención hospitalaria y ambulatoria.

La asistencia financiera y la atención caritativa no cubren los costos de transporte ni la atención que no es médicamente necesaria, como procedimientos cosméticos, y, por lo general, no cubren los servicios médicos.

**¿Como me inscribe?** Para saber que se necesita para demostrar que es elegible y que servicios estarán cubiertos, comuníquese con:

Consejera Financiera Del Pacientes  
203 South Western Ave  
Tonasket, WA 98855  
509-486-3189

---



## NORTH VALLEY HOSPITAL DISTRICT

### Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en North Valley Hospital (NVH).

**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

1. Se determinara que el monto total de los cargos hospitalarios es atención caritativa para un paciente cuyo ingreso familiar bruto es igual o inferior al 200% del nivel federal de pobreza actual (de conformidad con WAC 246-435).
2. Se utilizara la siguiente lista movil de tarifas para determinar el monto que se cancelara para los pacientes con ingresos entre el 201% y el 300% del nivel federal de pobreza actual.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por North Valley Hospital 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:** No dude en llamar a nuestra oficina de Asesoría Financiera al: (509) 486-3189. Estamos ubicados en 203 South Western Avenue, Tonasket, WA 98855. Nuestro horario comercial es: Lunes a Viernes de 8:00 a.m a 4:30 p.m. 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 y declarar los bienes**
- 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:** North Valley Hospital 203 South Western Avenue, Tonasket, WA 98855. Fax: (509) 486-3116. **Atención Consejera Financiera.** Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Oficina de admisiones a 203 South Western Avenue, Tonasket, WA 98855

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.**



## NORTH VALLEY HOSPITAL

### Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

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

#### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, 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 automovilístico o una lesión en el trabajo?  Sí  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 del Seguro Social (opcional*)
Ciudad	Estado	Código postal
		Numero(s) de contacto: ( ) _____ ( ) _____

#### INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

Adjunte otra hoja de ser necesario.

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?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / 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 \_\_\_\_\_)

## 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 (*mínimo necesario, no más de 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;
- 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	\$ _____	<i>(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)</i>	

## INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

*Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 200 % de las Pautas Federales de Pobreza.*

Saldo actual de la cuenta de cheques  
\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros  
\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros activos?

**Marque todos los que correspondan**

- Acciones    Bonos    Plan 401K    Cuenta(s) de Ahorros para la Salud  
 Fideicomiso(s)    Propiedades (sin incluir la vivienda principal)  
 Es propietario de un negocio

## 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 North Valley Hospital puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera y puedo ser responsable y esperar que pague por los servicios brindados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que aplica

\_\_\_\_\_  
Fecha