

Adventist Health Portland es miembro de OHSU HEALTH

# ¿Cómo solicitar asistencia financiera?

Instrucciones para completar la solicitud

Por ley, todos los hospitales deben proveer asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos. Usted podría recibir atención de manera gratuita o pagar menos por ciertos servicios según el tamaño y los ingresos de su familia, aunque ya tenga seguro médico. Para ver nuestra política de asistencia financiera, visite [adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance)

## ¿Qué cubre la asistencia financiera?

---

- No todos los servicios califican, por lo que tendrá que asegurarse de que el servicio esté cubierto antes de recibirlo. Consulte nuestra política de asistencia financiera en [adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance) para ver una lista de los servicios que **NO cubrimos**.
- Tenga en cuenta que aunque su solicitud de asistencia financiera sea aprobada, esto **NO** garantiza la obtención de los servicios.
- Si califica para Medicaid u otros programas, le recomendamos que los solicite, ya que podrían tener más beneficios.

## Pasos para llenar el formulario de solicitud

---



- ➊ Complete la información sobre usted y su familia.
  - **NO** tiene que indicar su número de Seguro Social.
  - Definimos un grupo familiar como una persona soltera, una pareja casada o una pareja de hecho registrada (incluso si no constan en su declaración de impuestos), más cualquier dependiente que declare en su declaración de impuestos. Un hijo menor de 18 años suele ser un dependiente. Ejemplos de grupos familiares:
    - Parejas legalmente casadas (o parejas de hecho) que vivan juntas, con sus hijos dependientes menores de 18 años, y cualquier otra persona que viva o no con el grupo familiar y que la pareja declare en sus impuestos.
    - Parejas que no están casadas con uno o más hijos en común, si el hijo es el paciente.
    - Una persona que no sea ciudadana estadounidense patrocinada, su patrocinador y la familia del patrocinador.
- ➋ Complete la información sobre los ingresos brutos de su grupo familiar (ingresos antes de impuestos y deducciones).
- ➌ Declare y proporcione un comprobante de activos que nos ayude a determinar si es elegible para solicitar los programas de Medicaid.
- ➍ Adjunte cualquier otra información que le hayamos solicitado.
- ➎ Firme y feche el formulario de asistencia financiera.

Para obtener ayuda para llenar la solicitud, llame al **503-494-8551**, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.

## Documentos que se deben entregar con el formulario

---



Envíe las copias más actuales de todos los documentos que se indican a continuación y que correspondan según su caso. **NO** podremos devolver los documentos originales.

- Comprobante de residencia.** Proporcione alguno de los siguientes: factura de servicios públicos a su nombre, contrato de alquiler, estado de cuenta de la hipoteca sobre su residencia, copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación. Es posible que solicitemos más comprobantes de residencia. *Debe ser residente del estado de Oregon o de un condado limítrofe del estado de Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla y Yakima) sin planes de mudarse del área.*
- Talones de pago de sueldo** de los últimos tres (3) meses calendario completos. Si no tiene sus talones de pago de sueldo, podrá darnos una carta de su empleador en la que indique sus ingresos brutos de los últimos tres (3) meses calendario completos. *Los ingresos se contabilizan en el mes en que se recibieron (fecha de pago) y no en el mes en que se generaron.*
- Declaraciones de impuestos** del último año en que se hayan presentado, incluidos todos los anexos (como el anexo C por ingresos de trabajos autónomos).
- Carta de adjudicación de pensión, de la Administración de Veteranos, del Seguro Social** o su equivalente.
- Resolución de reclamos** de la División Estatal del Trabajo.
- Comprobante de manutención infantil** o **manutención conyugal.**
- Hoja de ingresos de trabajos autónomos** o **estado de ganancias y pérdidas** de los últimos tres (3) meses calendario completos.
- Documentos de verificación de **cualquier otra fuente de ingresos** mencionada en su solicitud, incluidos los ingresos por intereses o dividendos, o cualquier otra fuente de ingresos recurrentes.
- Estados de cuenta bancarios** o **de cooperativas de crédito;** cuentas corrientes y de ahorros.
- Depósito en efectivo (CD), acciones, bonos** o **estados de cuenta de inversión.**

## Entregue el formulario

---



- Le informaremos si califica para recibir la asistencia financiera en el plazo de **tres (3) semanas** después de haber recibido su solicitud y documentos completos.
- Seguirá recibiendo facturas mientras revisamos su solicitud.

### Dirección de correo postal:

Oregon Health & Science University  
Patient Financial Services, RPB07 3181 SW  
Sam Jackson Park Road Portland, OR  
97239-3098

Fax: 503-418-2377

Correo electrónico: sfr@ohsu.edu

### Para entregarlo en persona:

Llame al 503-494-8551 para comprobar la ubicación más cercana a usted



## Formulario de solicitud de asistencia financiera

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

### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  Sí  No En caso afirmativo, indique el idioma que prefiere:

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No

¿El paciente recibe servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC?  Sí  No

¿Actualmente el paciente no tiene casa?  Sí  No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo?  
 Sí  No

¿Para qué centro está buscando asistencia financiera el paciente?  Adventist Health Portland  Hillsboro Medical Center  OHSU

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- ⓘ No podemos garantizar que calificará para la obtención de la asistencia financiera aunque la solicite.
- ⓘ Una vez que presente su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar más información o comprobantes de ingresos.
- ⓘ En el plazo de veintiún (21) días calendario después de que hayamos recibido su solicitud y los documentos completos, le notificaremos si califica para recibir la asistencia financiera.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la cuenta		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional)	
Dirección postal (incluya la dirección física si es diferente)				Número(s) de contacto principal(es)	
_____ _____				( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico:	
Ciudad	Estado	Código postal			
Estado laboral de la persona responsable de pagar la cuenta _____					
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (desde hace cuánto: _____) <input type="checkbox"/> <b>Autónomo</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____)					

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros del grupo familiar o la familia de los que es responsable económicamente, incluido usted mismo. Consulte las instrucciones para conocer las definiciones y los ejemplos de grupo familiar.

#### TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR \_\_\_\_\_

Adjunte otra página si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre de los empleadores o fuente de ingresos	Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

**Se deben divulgar todos los ingresos salariales y no salariales de los familiares adultos. Indique los ingresos no salariales de todo menor de 18 años del grupo familiar. Ejemplos de fuentes de ingresos:**

- Salarios - Desempleo - Trabajador autónomo - Compensación a trabajadores - Discapacidad - SSI - Manutención infantil/conyugal
- Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explique*) \_\_\_\_\_



### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir el comprobante de ingresos en su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere una verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los familiares deben divulgar sus ingresos. Proporcione comprobantes de cada fuente de ingresos identificada. En la portada verá un listado completo de los requisitos de ingresos. Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- talones de pago de sueldo actuales (3 meses);
- declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos anexos, si corresponde;
- declaraciones firmadas y por escrito de los empleadores u otras personas;
- aprobación o denegación de la elegibilidad para Medicaid o para asistencia médica subsidiada por el estado;
- aprobación o denegación de la elegibilidad para compensaciones por desempleo; y
- estados de cuenta de instituciones financieras.

Si usted no tiene ingresos, explique los motivos en otra página y adjúntela.

### INFORMACIÓN DE LOS GASTOS

*Opcional. Se podría usar en algunos casos para obtener un panorama más completo de su situación económica.*

Gastos mensuales del grupo familiar:

Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otros gastos/deudas	\$ _____ (mantención infantil, préstamos, medicamentos, otro)		

### INFORMACIÓN DE ACTIVOS

*Esta información se usará para determinar la elegibilidad para algunos programas de Medicaid.*

*No se usa para decidir sobre la asistencia financiera.*

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

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

¿Su familia tiene estos otros activos?

**Marque todas las opciones que correspondan**

- Acciones  Bonos  Cuentas de ahorro para gastos médicos  Fideicomisos  
 Propiedades (sin incluir la residencia principal)  Negocio propio

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página más si hay otra información sobre su situación económica actual que quiera que sepamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que OHSU Health podrá revisar la información crediticia para verificar la información y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad de la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información precedente es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que doy es falsa, el resultado podrá ser la denegación de la asistencia financiera, y seré responsable y deberé pagar los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha