

**Mid-Columbia Medical Center**  
**Formulario de solicitud de ayuda caritativa/ayuda financiera: confidencial**

*Complete toda la información. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales cuando sea necesario.*

**INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA DE DETECCIÓN**

- ¿Necesita un intérprete?  Sí  No *En caso afirmativo, indique el idioma preferido:*
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No
- ¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF<sup>1</sup>, Basic Food o WIC<sup>2</sup>?  Sí  No
- ¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar?  Sí  No
- ¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de tráfico o una lesión laboral?  Sí  No

**TENGA EN CUENTA**

- No podemos garantizarle que vaya a recibir ayuda económica, aunque la solicite.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que comprobemos toda la información y le pidamos información adicional o pruebas de ingresos.
- En un plazo de 21 días calendario a partir de la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir la ayuda.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE**

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros (especifique _____)	Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social del paciente (opcional)
Responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número de la Seguridad Social (opcional)
Dirección de correspondencia		Números de contacto principales
_____		( ) _____
_____		( ) _____
Ciudad	Estado	Código postal
		Dirección de correo electrónico:
		_____
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura		
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (cuánto tiempo lleva desempleado: _____)		
<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 FAMILIAR**

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

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_  
*adicional si es necesario*

*Adjunte una página*

1. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)  
 2. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women Infants Children, WIC)  
 3. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)  
 4. nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También solicita ayuda económica?
					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:**  
- Salarios - Desempleo - Autónomo - Compensación laboral - Discapacidad - SSI<sup>3</sup> - Manutención de los hijos/cónyuge  
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros  
*(explique \_\_\_\_\_)*

### Mid-Columbia Medical Center

### Formulario de solicitud de asistencia caritativa/ayuda financiera: confidencial (página 2)

#### INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

**RECUERDE:** debe incluir una prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la ayuda económica.

**Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede aportar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.**

**Algunos ejemplos de comprobación de ingresos son:**

- Una declaración de retención «W-2», o
- Recibos de sueldo actuales (3 meses), o
- La declaración de la renta del año pasado, incluidos los anexos, cuando proceda, o
- Declaraciones escritas y firmadas por los empleadores u otras personas, o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid o ayuda médica financiada por el estado, o
- Aprobación/denegación del derecho al subsidio de desempleo.

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

#### INFORMACIÓN DE GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar:

Pensión/hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_  
Prima de seguro \$ \_\_\_\_\_ Utilidades \$ \_\_\_\_\_  
Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_ (manutención, préstamos, medicamentos, otros)

#### INFORMACIÓN SOBRE LOS ACTIVOS

*Nota: Los activos solo se tendrán en cuenta para servicios hospitalarios o para solicitantes por encima del 200% del FPL<sup>4</sup>.*

[Escriba aquí]

Saldo actual de la cuenta corriente \$ _____	¿Su familia tiene estos otros activos? <b>Marque todas las opciones que apliquen</b> <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorro para la salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedad (excluida la residencia principal) <input type="checkbox"/> Tener un negocio
Saldo actual de la cuenta de ahorro \$ _____	

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

**ACUERDO DEL PACIENTE**

Entiendo que Mid-Columbia Medical Center puede verificar la información al revisar la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que esta información 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 la ayuda financiera, y puedo ser responsable y se esperará que pague por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta la solicitud \_\_\_\_\_  
Fecha

1. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
2. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women Infants Children, WIC)
3. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
4. nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL)