

Instrucciones para el formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también conocida como atención caritativa) en Swedish.

Las leyes federales y estatales requieren que todos los hospitales brinden asistencia financiera a las personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o con descuento (se le considerará para ambas a través de esta solicitud en común) según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro médico. Visite el sitio web del hospital en <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera médica cubre la atención médica necesaria proporcionada por uno de nuestros hospitales o clínicas dentro de nuestra familia de organizaciones, según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y los materiales de solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluido discapacidad y asistencia con el idioma. Hay documentos escritos traducidos disponibles a pedido.

Cómo comunicarse con nosotros:<https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

Representantes de Servicio al Cliente en: 206-320-5300 o +(1) 877-406-0438

Lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:00 p. m.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

Brindarnos información sobre su familia

Complete el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas) Si vive en California, el tamaño del hogar o la familia se determina de esta manera: *si el paciente tiene 18 años o más*, la familia incluye al cónyuge, la pareja de hecho y los hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad, vivan o no en el domicilio familiar. *Si el paciente es menor de 18 años* o tiene un hijo dependiente de entre 18 y 20 años de edad, la familia incluye a los padres, parientes cuidadores y los padres o parientes cuidadores, otros dependientes menores de 21 años de edad o de cualquier edad si tienen una discapacidad.

Brindarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones) que pueden incluir talones de pago o declaraciones de impuestos u otra información sobre ingresos (p.ej. formularios W-2, carta de adjudicación del seguro social) y declaraciones de ingresos extraídos de activos.¹ (consulte la Sección de Ingresos de asistencia financiera para más información)

Adjuntar información adicional si es necesario

Firmar y poner fecha en el formulario de asistencia financiera

Nota: No tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. Si nos brinda su número de Seguro Social, este puede usarse para identificarlo o para verificar la información que nos proporcionó. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no aplicable" o "NA". **Enviar por correo la solicitud completa con toda la documentación a:** Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. Asegúrese de guardar una copia para usted.507846221.4



Para entregar su solicitud completa en persona: Acérquese a la Oficina de Consejería Financiera del Hospital más cercano. Le notificaremos la resolución final sobre la elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, entre 14 a 30 días después de recibir una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de ingresos.

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

1 Salvo que lo prohíba la ley estatal, Swedish recopilará y considerará la información relacionada con los activos según lo requieran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés) para el informe de costos de Medicare. Esto se aplica específicamente a los beneficiarios de Medicare que tampoco tienen seguro de Medicaid. Para todos los demás, la información de los activos es opcional.

506318055.3

Queremos ayudar. Envíe su solicitud a la brevedad. Puede continuar recibiendo resúmenes de facturación hasta que recibamos su solicitud completa y la documentación requerida, a menos que lo prohíban las leyes de atención caritativa de su estado.

Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera – confidencial

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

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

¿Necesita un intérprete? **Sí** **No** Si la respuesta es "Sí", indique el idioma preferido:

¿El paciente ha solicitado Medicaid? **Sí** **No** ¿El paciente es ciego? **Sí** **No** ¿El paciente tiene una discapacidad? **Sí** **No**

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

¿El paciente está actualmente sin hogar? **Sí** **No**

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

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos información adicional o prueba de ingresos.
- Dentro de los 14 a 30 días posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos nuestra determinación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
Dirección postal <hr/> <hr/> <hr/>			Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Correo electrónico:
Ciudad	Estado País	Código postal	

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura

Empleado (fecha de contratación): _____ **Desempleado** (cuánto tiempo lleva desempleado): _____

Trabajador autónomo **Estudiante** **Incapacitado** **Jubilado** **Otro** _____

**SWEDISH**

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera – confidencial**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Indique los miembros de su grupo familiar, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA — *Adjunte una página adicional si necesita*

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: Ingreso mensual bruto total (sin impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí/No

Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: Salarios- Desempleo-Empleo autónomo-Compensación del trabajador-Discapacidad-SSI-Manutención infantil/conyugal-Programas de estudio y trabajo (estudiantes)- Ingresos extraídos de activos, por ejemplo, acciones, bonos, IRA, fondos de inversión, ingresos por alquiler, etc.

Formulario de solicitud de atención caritativa/asistencia financiera – confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione un comprobante de cada fuente de ingresos identificada. Ejemplos de comprobantes de ingresos pueden ser:

- Una declaración de retención "W-2".
- Recibos de sueldo actuales (3 meses).
- Declaración de impuestos del último año, incluidos anexos si corresponde.
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros.
- Declaraciones de ingresos extraídas de activos (acciones, bonos, IRA, fondos de inversión, etc.).
- Aprobación/rechazo de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

INFORMACIÓN DE GASTOS

Usamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos básicos de subsistencia mensuales:

Renta/hipoteca \$ _____ Gastos médicos \$ _____

Primas del seguro médico \$ _____ Servicios públicos \$ _____

Otras deudas/gastos \$ _____ (manutención, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE BIENES

Saldo actual de la cuenta corriente
(consulte a continuación si necesita presentar un resumen bancario*)
\$ _____

¿Su familia tiene estos otros bienes? **Marque todo lo que corresponda:**

Sin bienes
 Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro para la salud

Saldo actual de la cuenta de ahorros
\$ _____

Para los beneficiarios de Medicare sin seguro de Medicaid, Swedish puede solicitar resúmenes bancarios o documentación de origen similar.

**Esta información se requiere únicamente de los beneficiarios de Medicare que tampoco tienen seguro de Medicaid. Para todos los demás, esta información es opcional. Esta información solo se puede usar de acuerdo con nuestra política y las reglamentaciones del estado en las que recibió atención y se recopila y considera como requerido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés) para el informe de costos de Medicare.*

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Swedish 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 brindo es falsa, el resultado puede ser el rechazo de asistencia financiera, y puedo ser responsable de los servicios prestados, y se espera que pague por ellos.

Firma de la persona solicitante

Fecha