

Instrucciones del formulario de solicitud de ayuda económica

Esta es una solicitud de ayuda económica (también conocida como ayuda benéfica) en Fred Hutchinson Cancer Center.

El estado de Washington exige que todos los hospitales den ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, aunque tenga seguro médico. FHCC da ayuda económica a cualquier paciente/garante cuyos ingresos familiares brutos sea de hasta el 300 % del Nivel federal de pobreza (FPL) para un descuento del 100 %.

Después del 1 de julio de 2022, los límites FHCC se amplían a:

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

Para obtener más información, comuníquese con Orientación económica (Financial Counseling) al (206) 606-6226 o al teléfono de llamada sin costo al (800) 304-1763, seleccione la opción 2, de lunes a viernes de 7:30 a. m.- 4:00 p. m. (Hora del Pacífico).

¿Qué cubre la ayuda económica? La ayuda económica del hospital cubre los servicios de hospitalización adecuados prestados por FHCC según su elegibilidad. Es posible que la ayuda 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 Orientación económica al (206) 606-6226 o al teléfono de llamada sin costo al (800) 304-1763, seleccione la opción 2. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo la discapacidad y la ayuda con idiomas.

Para que se tramite 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 es necesario que dé un número de Seguro Social para enviar una solicitud de ayuda económica. Si nos da su número de Seguro Social, ayudará a agilizar el trámite 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 Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
Correo electrónico: Fincounsel@fredhutch.org
FAX: (206) 606-1271

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

Le informaremos sobre la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en un plazo de 14 días calendario después de recibir una solicitud de ayuda económica completa, incluyendo la documentación de ingresos.

Cuando presenta una solicitud de ayuda económica, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones económicas y la información.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud lo antes posible!

Es posible que reciba 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 (en un plazo de 90 días después de completar una solicitud). El período de aprobación puede ser diferente para cada institución.



Formulario de solicitud de ayuda económica

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

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN	
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, escriba el idioma preferido:	
¿Solicitó el paciente Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es posible que sea necesario enviar una solicitud antes de ser considerado para recibir ayuda económica.	
¿Recibe el paciente servicios públicos del estado como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de auto o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TENGA EN CUENTA	
<ul style="list-style-type: none"> No podemos asegurar que usted calificará para recibir ayuda económica, aunque envíe una solicitud. Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y solicitemos más información o prueba de ingresos. En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud y documentación completas, le informaremos 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 (especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente*	
				<i>*vea la nota en la página 1 relacionada con el número de Seguro Social</i>	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social*	
				<i>*vea la nota en la página 1 relacionada con el número de Seguro Social</i>	
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		
_____		_____	_____		_____
País			País		
_____			_____		
Información de contacto					
Dirección de correo electrónico: _____					
Teléfonos del contacto principal:					
Casa () _____		Celular () _____		Trabajo () _____	



INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

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

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ **DEPENDIENTES** _____ *Adjunte otra hoja 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 los impuestos):	¿También está enviando una solicitud de ayuda económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Todos los ingresos de los familiares adultos se deben revelar. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

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

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: debe incluir una prueba de ingresos a su solicitud.

Debe dar la información de ingresos de los familiares mencionados arriba. Es necesario presentar la verificación de ingresos para determinar la ayuda económica.

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

Los ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Comprobantes de pago actuales (3 meses); o
- Estados de cuenta del banco (3 meses); o
- Declaraciones de impuestos sobre ingresos del último año, incluyendo tablas si corresponde; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para subsidio de desempleo.

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



INFORMACIÓN DE GASTOS

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

Gastos mensuales del grupo familiar:

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

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información se puede usar si sus ingresos son arriba del 400 % de las Directrices 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

- Accione Bonos 401K Cuentas de ahorro para gastos médicos
- Fideicomisos Propiedad (excluyendo residencia principal)
- Es propietario de un negocio

MÁS INFORMACIÓN

Adjunte una hoja más si hay otra información sobre su situación económica actual que le gustaría que supiéramos, como dificultades económicas, 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 de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para ayuda 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 ayuda económica, y puedo ser responsable de los servicios prestados y se espera que los pague.

_____ **Firma de la persona que presenta la solicitud**

_____ **Fecha**