

# Capital Medical Center [Centro Médico Capital]

## Instrucciones para El Formulario de Solicitud de Asistencia Benéfica para la Atención Médica/Asistencia Financiera

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también conocido como Asistencia benéfica para la atención médica) en el Capital Medical Center.

**El estado de Washington requiere que todos los hospitales presten asistencia financiera** a las personas y familias que satisfacen ciertos requisitos de ingresos. Usted podría cualificar para recibir atención gratuita o a precio reducido basado en el tamaño de su unidad familiar y los ingresos, incluso aunque tenga seguro de salud. Ingrese en [www.capitalmedical.com](http://www.capitalmedical.com) para consultar nuestra política actual y acceder un enlace a las pautas federales de límites de pobreza de 2016.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios adecuados proporcionados por el Capital Medical Center en dependencia de su elegibilidad. La asistencia financiera puede que no cubra todos los costos de la atención médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones o médicos.

**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Para obtener ayuda llame a nuestro centro al 360-704-4778 o al número de llamadas gratis al 1-800-610-3522. Puede solicitar ayuda por cualquier motivo, por motivos de discapacidad y asistencia en otros idiomas entre otros.

### Para que su solicitud sea procesada, usted tiene que:

- Proporcionar información acerca de su familia**  
Número de miembros de la familia en su unidad familiar (la familia abarca las personas con las que está relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- Proporcionar información acerca del ingreso bruto de su familiar (ingresos antes de los impuestos y las deducciones)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: No tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si proporcione su número de seguro social esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de seguro social se utilizan para verificar la información que se nos ha proporcionado. Si no tiene un número de seguro social, marque "not applicable (no corresponde)" o "NA."

**Envíe por correo o fax su solicitud completa con toda la documentación a:** Capital Medical Center 3900 Capital Mall DR SW Olympia WA 98502 ATTN: Admissions. O por fax a: 360-704-4705. Asegúrese de guardar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada en persona:** Capital Medical Center 3900 Capital Mall Dr SW Olympia WA 98502.

Le notificaremos de la determinación final de elegibilidad y sus derechos de apelación, si procede, dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud para asistencia financiera completada, incluida la documentación acerca de los ingresos.

Al presentar una solicitud para asistencia financiera, usted da su consentimiento para que realicemos las investigaciones necesarias para confirmar sus obligaciones financieras y toda la información.

**Nuestra intención es ayudarle. ¡Por favor, envíe su solicitud cuanto antes!  
Es posible que continúe recibiendo facturas hasta que recibamos su información.**

# Capital Medical Center [Centro Médico Capital]

## Formulario de Solicitud de Asistencia benéfica para la atención médica/Asistencia Financiera - confidencial

Se le ruega que complete toda la información. Si hay algo que no corresponde, escriba "NA" De ser necesario adjunte páginas adicionales.

### INFORMACIÓN GENERAL

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

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí  No  Quizás tenga que hacerlo antes de ser considerado para asistencia financiera

¿El paciente recibe servicios públicos del estado tales como TANF, alimentos básicos, o WIC?  Sí  No

¿El paciente actualmente es una persona sin hogar?  Sí  No

### TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que cualifique para asistencia financiera, incluso aunque presente una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, tendremos que comprobar toda la información y podríamos solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud completa y la documentación, le notificaremos si usted califica para asistencia.

### INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional *) <small>*Es opcional, pero es necesario para recibir mayor asistencia lo cual supera los requisitos de la ley estatal</small>	
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nac.	Número de seguro social (opcional *) <small>*Es opcional, pero es necesario para recibir mayor asistencia lo cual supera los requisitos de la ley estatal</small>
Dirección postal		Número(s) de teléfono principal(es) ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____	
Ciudad	Estado	Código postal	
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Empleo por cuenta propia</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 SOBRE LA FAMILIA

Enumere a todos los miembros de su unidad familiar, usted incluido. La "familia" abarca las personas con las que está relacionado por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas.

TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR \_\_\_\_\_

Adjunte página adicional de ser necesario

Nombre	Fecha de nac.	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingreso	Si tiene 18 años o más: Total de ingresos mensuales brutos (antes de los impuestos):

Se tienen que declarar todos los ingresos de los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos pueden ser, por ejemplo:

- Salarios - Subsidios de desempleo - Empleo por cuenta propia - Indemnización laboral - Discapacidad - SSI - Manutención infantil/al cónyuge
- Programas de trabajo-estudio (estudiantes) - Pensión de jubilación - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (explique \_\_\_\_\_)

# Capital Medical Center [Centro Médico Capital]

## Formulario de Solicitud de Asistencia benéfica para la atención médica/Asistencia Financiera - confidencial

### INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobante de los ingresos con su solicitud.

**Ud. tiene que proporcionar información de los ingresos de su familia. Es necesario verificar los ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años tienen que revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito describiendo sus ingresos. Sírvase proporcionar comprobante por cada fuente de ingresos identificada.**

**Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son:**

- Declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actual (2 meses); o
- Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior, incluidos todos los anexos de ser aplicable; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas; o
- Formularios de aprobación o negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación o denegación del derecho a subsidios por desempleo.

Si no tiene ningún comprobante de ingresos o no tiene ningún ingreso, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE LOS GASTOS

*Utilizamos esta información para tener una idea más completa de su situación financiera.*

**Gastos mensuales de la unidad familiar:**

Alquiler/hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_

Primas de seguros \$ \_\_\_\_\_

Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_ (manutención al menor, préstamos, medicamentos, otros)

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor adjunte una página adicional si hay otra información acerca de su situación financiera actual que quisiera proporcionar, como dificultades financieras, ingresos por temporada o por empleo temporal, o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que el Capital Medical Center podría obtener y analizar información procedente de otras fuentes para verificar la información y ayudar a determinar mi elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Yo, por este medio certifico que la información anterior es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información provista por mí es falsa, el resultado será la denegación de asistencia financiera, y seré responsable de y tendré que pagar por los servicios prestados.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha