



## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Skyline Hospital.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud.

Maximum Annual Income Amounts for Each Sliding Fee Percentage Category

Persons in Family	100 % Discount			75% Discount			50% Discount		
	2022 Poverty Guideline	1.5	2x	2.1x	2.25x	2.5x	2.51x	2.75	3x
1	\$15,060	\$22,590	\$30,120	\$31,626	\$33,885	\$37,650	\$37,800	\$41,415	\$45,180
2	\$20,440	\$30,660	\$40,880	\$42,924	\$45,990	\$51,100	\$51,304.40	\$56,120	\$61,320
3	\$25,820	\$38,730	\$51,640	\$54,222	\$58,095	\$64,550	\$64,808	\$71,005	\$77,460
4	\$31,200	\$46,800	\$62,400	\$65,520	\$70,200	\$78,000	\$78,312	\$85,800	\$93,600
5	\$36,850	\$54,870	\$73,160	\$77,385	\$82,912	\$92,125	\$92,493	\$101,337	\$110,550
6	\$41,960	\$62,940	\$83,920	\$88,116	\$94,410	\$104,900	\$105,319	\$115,390	\$125,880
7	\$47,340	\$71,010	\$94,680	\$78,414	\$106,515	\$118,350	\$118,823	\$130,185	\$142,020
8	\$52,720	\$79,080	\$105,440	\$110,712	\$118,620	\$131,800	\$132,327	\$144,980	\$158,160

For families/ households with more than 8 persons, add \$5,380 for each additional person.

This schedule is based on the Federal Poverty Guidelines (FPG) and is updated annually.

### INCOME AS A PERCENTAGE OF FEDERAL POVERTY LEVEL

0- 100%  
201- 250%  
251- 300%

### PERCENTAGE DISCOUNT

100%  
75%  
50%

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Skyline Hospital dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Skyline Hospital, Charity Care Administrator, 509493-1101. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

**A fin de que se procese su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique "no corresponde" o "NC".

**Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a:** Skyline Hospital, P O Box 99, White Salmon, WA 98672. Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Skyline Hospital, 211 Skyline Drive, White Salmon, WA 98672.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!**  
**Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.**

**Skyline Hospital**

**Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial**

*Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.*

**INFORMACIÓN DE SELECCIÓN**

¿Necesita un intérprete?  **Sí**  **No** *Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:*

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  **Sí**  **No** *Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera*

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

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar?  **Sí**  **No**

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

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE**

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del solicitante	Segundo nombre del solicitante	Apellido del solicitante
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Número(s) de contacto principal(es)
_____		( ) _____
_____		( ) _____ Dirección de correo electrónico:
Ciudad	Estado	Código postal
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____)		
<input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</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 que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ *Adjunte otra hoja de ser necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explicar* \_\_\_\_\_)

**Skyline Hospital**

**Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial**

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

**Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 2 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o  Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Opcional - Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar:

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

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

*Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 200 % de las Pautas Federales de Pobreza.*

Saldo actual de la cuenta de cheques \$ _____	¿Tiene su familia estos otros activos? <b>Marque todos los que correspondan</b> <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Plan 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorros para la Salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedades (sin incluir la vivienda principal) <input type="checkbox"/> Es propietario de un negocio
Saldo actual de la cuenta de ahorros \$ _____	

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Skyline Hospital puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha