

**Distrito Hospitalario N° 1 del Condado de Lewis**

Arbor Health  
PO Box 1138  
Morton, WA 98356



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA BENÉFICA/ASISTENCIA FINANCIERA (Confidencial)**

La política del Hospital del condado de Lewis Distrito N° 1, que opera como Hospital y Clínicas Arbor Health Morton, es brindar servicios esenciales independientemente de su capacidad de pago. Ofrecemos descuentos basados en el tamaño del grupo familiar y el ingreso anual. Complete la siguiente información y devuelva este formulario a nuestro hospital, clínicas o envíelo por correo a: Arbor Health Morton Hospital, Po Box 1138, Morton WA 98356. Atención: Oficina comercial

**INFORMACIÓN PRELIMINAR**

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si respondió Sí, indique el idioma preferido:

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No (Puede ser necesario solicitarlo antes de ser considerado para recibir asistencia financiera)

¿El paciente está actualmente sin hogar?  Sí  No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de tránsito o una lesión laboral?

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y SOLICITANTE**

Nombre del jefe de familia/garante:

Lugar de empleo

Información del garante

Dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

**Enumere al cónyuge y a los dependientes menores de 18 años**

Enumere a los miembros de su grupo familiar, incluido usted mismo. «Familia» incluye a las personas vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja a esta solicitud.

	Nombres	Fecha de nacimiento
<b>Jefe de familia/garante</b>		
<b>Cónyuge</b>		
<b>Dependiente</b>		

INGRESOS					
FUENTE	Usted	CÓNYUGE	DEPENDIENTE	Otros	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.					
Ingresos de un negocio, empleo autónomo y dependientes					
Indemnización por desempleo, compensación por accidente laboral, seguridad social, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, fondos de pensión o jubilación					
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes varias.					
<b>Ingresos totales</b>					

**NOTA:** Antes de aprobar un descuento se podrán solicitar copias de declaraciones de impuestos, recibos de sueldo y otra información de verificación.

Certifico que la información del tamaño del grupo familiar y de los ingresos declarada aquí es correcta.

Nombre (en letra de impre

Nombre (firma):

Fecha de la firma:


#### PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del paciente:

Vigente para rango de fecha:

Número de encuentros:

Saldo en cuenta antes del descuento:

Importe del descuento aprobado:

Saldo pendiente:

Aprobado por (si resulta denegado, se debe notificar al paciente sobre sus derechos de apelación):

Fecha de aprobación:

Fecha de notificación al paciente:


#### LISTADO DE VERIFICACIÓN

Sí

No

Identificación/domicilio: licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleado u otra:

Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, sus recibos de sueldo más recientes u otros:

Tarjetas/cobertura del seguro verificadas:
