

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
Jefe de familia/garante		
Cónyuge		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		

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.					
Ingresos totales					

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:		