



Distrito Hospitalario N°1 del Condado de Lewis

Arbor Health
PO Box 1138
Morton, WA 98356

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA/ASISTENCIA FINANCIERA (

Por favor, complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte más páginas si es necesario.

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 fin
- ¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Alimentación Básica o WIC? Sí No
- ¿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? Sí No

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA

No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, aunque la solicite. Si es negada, tendrá el derecho a ape

Una vez que envíe su solicitud, podremos comprobar toda la información y pedirle información adicional o pruebas de sus ingresos a la dirección arriba indicada y a la atención de la Oficina Comercial

Dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud completa y la documentación, le notificaremos nuestra c

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

- Apellido: Primer nombre
- Masculino Femenino Otro (puede especificar)
- Fecha de nacimiento del paciente Número de Seguridad Social:
- Persona responsable del pago Fecha de na
- Parentesco con el paciente: Fecha de na
- Dirección postal
- Ciudad, Estado, Código Postal
- Principal(es) teléfono(s) de contacto Casa: Celular:
- Dirección de correo electrónico:
- Situación laboral de la persona responsable del pago de las facturas:
- Empleado (fecha de contratación): Desempleado (desde cuándo):
- Trabajador autónomo Estudiante Discapacitado Jubilado Otro (por favor especifique)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia en su casa, incluido usted. La "familia" incluye a las personas vinculadas por nacimiento, matrí juntas. Si necesita más espacio, por favor adjúntelo a esta solicitud.

¿Cuántas personas viven en su casa?

Nombre del miembro de la familia

Fecha de nacimiento

Relación con el paciente

Empleador o fu ingresos si es mc años

Nombre del miembro de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Empleador o fu ingresos si es mc años

Se deben informar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

Salarios, Desempleo, Autoempleo, Compensación para trabajadores, Discapacidad, Ingresos de Seguridad Social (SSI), manutención de trabajo y estudio (estudiantes), pensión, distribuciones de cuentas de jubilación u otras fuentes de ingresos.

INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir prueba de los ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la así

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede firmada describiendo sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada

Los ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retenciones "W-2"; o
- Recibos de sueldo actuales (3 meses); o prueba de otros ingresos
- La declaración del impuesto a las ganancias del año pasado, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para subsidio por desempleo.

Si no tiene pruebas de ingresos o no tiene ingresos, indique por qué.

INFORMACIÓN DE LOS GASTOS

La información que figura a continuación es necesaria para ayudarnos a determinar su necesidad financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/Hipoteca:

Prima de seguros:

Otras deudas/gastos:

Gastos médicos:

Gastos de servicios públicos:

Manutención infantil/otros:

INFORMACIÓN DE LOS BIENES:

Se puede utilizar esta información si sus ingresos están por encima del 101% de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo de cuenta corriente:

Saldo de la caja d

¿Usted o sus familiares tienen alguno de estos bienes?

Marque todo lo que corresponda

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro para la salud Fideicomiso(s)
- Propiedad (excluyendo la residencia principal) Un negocio propio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay más información sobre su situación financiera actual que le gustaría que consideráramos, c dificultades financieras de otro centro médico, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, pérdida

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Arbor Health Hospital and Clinics puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo ir se utilizará para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Confirmando que la información que antecede es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina qu doy es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pagu

Firma de la persona solicitante:

Fecha:

Morton Hospital
521 ADAMS AVENUE
360-496-5112

Morton Clinic
531 ADAMS AVENUE
360-496-5145

Specialty Clinic
521 ADAMS AVENUE
360-496-3641

Mossyrock Clinic
745 WILLIAMS STREET
360-983-8990

Randle Clinic
108 KINDLE ROAD
360-497-3333

**Arbor
Health**
MyArborHealth.org

Confidencial)

anciera)

plazas para nuestra decisión.

os. Envíe su solicitud y sus anexos

decisión final.

Inicial 2do

acimiento:

monio o adopción que viven

jente de
mayor de 18

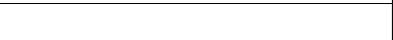
Ingreso mensual bruto
total (antes de
impuestos) si es mayor
de 18 años

ción de hijos/cónyuge, programa



istencia financiera.

le enviar una declaración escrita



le ahorros:



como por ejemplo: una carta de
as personales u otros.



información de otras fuentes, que

Je la información financiera que
Je por los servicios prestados.



Devolver a la Oficina Comercial