



St. Charles Health System, Inc. quiere prestar ayuda financiera a las personas y las familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para un servicio médico gratis o un precio reducido basado en el tamaño y el ingreso de su familia, incluso si tiene seguro de salud. *Para mayor información visítenos en www.stcharleshealthcare.org y busque “ayuda financiera” en la barra de búsqueda.*

¿Qué cubre la asistencia financiera? La ayuda financiera cubre servicios adecuados de hospital y de las clínicas entregados por St. Charles dependiendo de su calificación. Puede que la ayuda financiera no cubra todos los costos de salud. Si usted tiene una cuenta que ha sido enviada a colección y la primera factura se le envió a usted hace menos de 240 días, la cuenta podría calificar para el programa de ayuda financiera. Este programa también puede cubrir servicios entregados por otras organizaciones. La ayuda cubrirá los cobros de los médicos de St. Charles Medical Group como también los cobros de laboratorio de St. Charles.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al Servicio al Cliente : (541)706-7750 y presione la opción 2. Puede obtener ayuda por cualquier razón, incluyendo discapacidad y ayuda con idiomas.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Entregarnos información sobre su familia**
Ponga el número de los miembros de la familia (la familia generalmente incluye al paciente, la persona responsable de la cuenta, cónyuge, hijos biológicos y adoptados menores de 18 años y la pareja de hecho y que juntos tengan hijos biológicos o adoptados menores de 18 años)
- Entregarnos información sobre el ingreso bruto mensual actual de su familia (ingreso antes de los impuestos y las deducciones)**
- Entregar la declaración de impuestos del año pasado, incluyendo todos los anexos pertinentes**
- Completar el recuadro “Información de Bienes” en la solicitud. Si Ud. tiene bienes, proporcione la documentación.**
- Si es necesario, adjunte información adicional**
- Firme y Ponga la Fecha en la Solicitud**
- Si desea entregarnos alguna otra información, adjunte esto a su solicitud.

Nota: Usted no tiene que darnos un número de Seguro Social para solicitar ayuda financiera. Si nos entrega sus números de Seguro Social, esto ayudará a acelerar el proceso de su solicitud. Los números del Seguro Social se utilizan para verificar la información que se nos entrega. Si usted no tiene un número de Seguro Social, por favor marque “no procede” o “NA.”

Envíe por Correo o fax la solicitud completa con toda la documentación a: St. Charles Health System, Business Services Office, Atención: Financial Assistance, PO Box 6095, Bend, OR 97708 o Fax: 541-706-6707. Asegúrese de guardar una copia para usted. **Para entregar en persona su solicitud completa:** Por favor vaya a cualquiera de las instalaciones de St. Charles. Los hospitales cuentan con asesores financieros para ayudarle.

Le notificaremos de la determinación final de la calificación y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los siguientes 21 días de haber recibido una solicitud completa para ayuda financiera, incluyendo la documentación de los ingresos. Una solicitud incompleta dará lugar a retrasos en el proceso y la determinación. Al enviar una solicitud para ayuda financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Comprobantes de Ingresos

Esta lista es una guía de los tipos de documentos que aceptamos y que usted puede enviar como comprobante de los ingresos de los miembros de su hogar. Por favor envíe los documentos de los ingresos de todos los miembros de la familia que trabajen, que tengan más de 18 años y que vivan en su hogar. La columna de la izquierda enumera los tipos más comunes de ingresos, y en la de la derecha aparecen los documentos que tiene que enviar con su solicitud. Es posible que la siguiente lista no incluya todo.

Declaración de Impuestos (Formulario... 1040/A/EZ, etc.) (Obligatorio)	Usted puede obtener una copia gratis de sus declaraciones de impuestos más recientes y de todos los anexos pertinentes, llamando a Impuestos Internos al (800) 829-1040 o pidiéndola en línea en http://www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript .
Jubilación del Seguro Social	Comprobante de los beneficios para el año en curso; copia del formulario de Impuestos 1099 del año pasado. Para que le envíen un estado de cuenta actual a su casa, llame al Social Security Administration (Administración del Seguro Social) al 1-800-772-1213 . ó
Discapacidad del Seguro Social	Se aceptan los mismos documentos enumerados anteriormente para la Jubilación del Seguro Social. Para llamarlos use la misma información. ó
Ingreso del Seguro Social Suplementario ...	Se aceptan los mismos documentos enumerados anteriormente para la Jubilación del Seguro Social. Para llamarlos use la misma información. ó
Beneficios para los Veteranos	Comprobante de los beneficios para el año en curso; documento del resumen de los impuestos del año pasado. ó
Pensión/Jubilación	Comprobante de los beneficios para el año en curso; documento del resumen de los impuestos del año pasado. ó
Salario/Sueldos	Formulario W-2 del año pasado con la fecha en que empezó a trabajar para ese empleador; tres meses seguidos de documentos incluyendo los talones de cheques; carta con el membrete de la empresa; declaración notarial del empleador. ó
Ingreso de Trabajo Independiente	Formulario 1099 con Anexo C; Informe de Pérdidas y Ganancias de los últimos tres meses o cheques o talón de cheques/pagos de los últimos tres meses . ó
Desempleo	Carta de Adjudicación de Desempleo en una carta con el membrete de la empresa señalando la cantidad y el período de cobertura; copia del cheque del desempleo más reciente o talón de cheque. ó
Pensión Alimenticia/Manutención de Hijos	Carta de adjudicación del tribunal señalando la cantidad y el tiempo de cobertura; Carta de la Agencia Encargada del cumplimiento del pago de la Manutención de Hijos; carta del abogado señalando la cantidad y el período cubierto; copia del cheque de un mes. ó
Ingresos por Alquiler	Copia del cheque de alquiler; copia del contrato de arrendamiento; Informe de Pérdidas y Ganancias de los últimos tres meses ó
Compensación del Trabajador	Carta de Adjudicación o comprobante de los beneficios señalando la cantidad y el período cubierto; cheque o talón de cheque de un mes. ó
Otro	Carta de Adjudicación o comprobante de los beneficios; copia del cheque o cheques; comprobante de la sentencia; explicación escrita.

INFORMACIÓN DETALLADA

- ¿Necesita un intérprete? Sí No *Si su respuesta es Sí, ponga el idioma de preferencia:*
- ¿Algún miembro del hogar ha solicitado Medicaid/OHP? Sí No *Puede que se le exija para que se considere*
- ¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de automóvil o una lesión en el

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que Ud. calificará para ayuda financiera, incluso si usted solicita la ayuda.
- Una vez que usted envía la solicitud, podemos verificar toda la información y pedirle información adicional.
- Le notificaremos si usted califica o no para recibir ayuda dentro de los siguientes 21 días después de haber recibido su solicitud completa y la documentación.
- Continuaremos con la facturación mientras se revise su solicitud. Esta solicitud es válida sólo para las visitas con un saldo pendiente.
- No envíe los documentos originales; no le serán devueltos.
- Por favor no engrape los documentos.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido(s) Legal(es)		Nombre Legal	Segundo Nombre Legal
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar)		Fecha de Nacimiento	Número Seguro Social (opcional)
Dirección Postal		Número(s) de Contacto Principal (Casa) _____ (Cel) _____	
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Podemos dejar un mensaje detallado? Haga un círculo: Sí No
Persona Responsable de Pagar la Factura	Parentesco con el Paciente	Fecha Nac.	Número Seguro Social (opcional)
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura			
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación- OBLIGATORIO: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			
¿Tiene Ud. a alguien con quien podamos hablar en su nombre de su solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Parentesco	Número de Teléfono	

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere a los miembros de su hogar, incluyéndose usted. "Familia" incluye al paciente, la persona responsable de la cuenta, cónyuge, hijos biológicos o adoptados menores de 18 años, y pareja conviviente si tienen juntos hijos biológicos o adoptados menores de 18 años.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para escribir*

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el/la solicitante	Nombre del Empleador(es) o fuente del ingreso	Total ingreso mensual bruto (antes de los impuestos):	Ponga el nombre de la compañía de seguro médico.
		Yo			<input type="checkbox"/> No tiene seguro
					<input type="checkbox"/> No tiene seguro
					<input type="checkbox"/> No tiene seguro
					<input type="checkbox"/> No tiene seguro

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS A FUTURO

¿Está Ud. pidiendo una decisión para ayuda financiera antes del examen o la cirugía en un hospital o clínica de St. Charles?

NOTA: Es necesario programar el servicio a futuro y tener una orden del médico en el Sistema para poder calificar para una determinación. No todos los servicios califican para una evaluación antes de realizarse el servicio médico.

- Sí – Complete los cuadros siguientes
 No – Continúe a “INFORMACIÓN DE INGRESOS”

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
¿Qué servicio necesita?		Fecha del Procedimiento	
Médico / Clínica		# Tel. Médico	
Establecimiento de St. Charles	<input type="checkbox"/> Bend <input type="checkbox"/> Redmond <input type="checkbox"/> Madras <input type="checkbox"/> Prineville <input type="checkbox"/> Clinic (nombre/ubicación) _____	# Fax del Médico	

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: *Debe incluir la verificación de ingresos en su solicitud.*

Verificación de Ingresos Exigida:

- Comprobante actual de ingresos (3 últimos meses seguidos) – Ver adjunto “Documentos para Verificación de Ingresos”;
- Y La declaración de impuestos federales del año pasado, incluyendo los anexos si corresponde (envíe una verificación de los ingresos actuales del negocio además de las declaraciones de impuestos)
 - Si usted no declara los impuestos, envíe una explicación del por qué: _____

Usted debe entregar la información de los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la ayuda financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben entregar sus ingresos. Por favor entregue la verificación de cada fuente identificada de ingresos.

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

INFORMACIÓN DE BIENES (OBLIGATORIO)

Se puede usar esta información si su ingreso es superior al 100% del Nivel Federal de

¿Tiene alguna de las siguientes cuentas? Si responde “sí”, ponga los saldos actuales.

Cheques	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.	Ahorros	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.
Ahorro para la Salud	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.	Gastos Flexibles	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.
Fiduciaria	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.	Reembolso de Salud	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.
Valores/Bonos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.	Capital en Propiedad	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	\$ _____.
Otra	_____ (excepto la residencia primaria)						

ACUERDO DEL PACIENTE

Mis cuentas no serán puestas en espera durante el proceso de evaluación de la ayuda financiera. Esta solicitud es válida sólo para las visitas con un saldo pendiente. Los documentos entregados junto con esta solicitud no serán devueltos; la información es confidencial.

Entiendo que St. Charles puede verificar la información revisando mi información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar si califican para ayuda financiera o para un plan de pagos.

Al firmar, usted certifica que todos los individuos incluidos en esta solicitud saben que usted puso su nombre y entregó la información de ellos/as; y que ellos entienden que St. Charles puede verificar la información revisando su información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar si califican para ayuda financiera.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que entrego es falsa, el resultado puede ser la denegación de ayuda financiera y yo podría ser responsable de pagar por los servicios prestados.

Firma del Solicitante

Fecha