



**MID VALLEY**  
HOSPITAL & CLINIC



## Programa de ayuda para bajos recursos económicos del Mid-Valley Hospital & Clinic

El presente documento es una solicitud para asistencia financiera (**también denominada ayuda de bajos recursos**) en el Mid Valley Hospital y Mid Valley Clinic.

**El estado de Washington State obliga a todos los hospitales a ofrecer asistencia financiera** para las personas y familias que reúnan ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para atención gratis o atención a un precio descontado, conforme al tamaño de su familia y sus ingresos, aunque tenga la seguridad de salud. Refiérase a la política escrita del programa de ayuda para bajos recursos económicos para saber en detalle sobre elegibilidad y la escala de descuentos.

**¿Cuánto abarca la ayuda de bajos recursos?** El Programa de Ayuda Hospitalaria, por sus siglas en inglés HAP, cubre los servicios idóneos hospitalarios brindados por el Mid Valley Hospital o la Mid Valley Clinic dependiendo de su elegibilidad. Puede ser que la asistencia financiera no cubra todos los gastos de la atención médica, entre las cuales son servicios proporcionados por otras entidades. Es un requisito que los pacientes agoten todos los recursos de pagadores terceros, inclusive se les obliga solicitar Medicaid.

**Si tiene preguntas o quiere ayuda para completar este formulario:** Entre en contacto con el área de cuentas para pacientes en el (509)861-2440 or (509)826-7647. Ahí puede obtener ayuda por cualquiera razón, hasta por discapacidades o ayuda en otras idiomas.

**Para que su solicitud sea procesada, usted tiene que:**

- ☐ **Proporcionar información para nosotros sobre su familia**  
Apunte el número de familiares miembros de su hogar (se incluyen las personas vinculadas por sangre, matrimonio, o adopción que vivan juntos)
- ☐ **Proporcionar información para nosotros sobre el ingreso bruto mensual de su familia (los ingresos antes de descontar para pagar impuestos y deducciones)**
- ☐ **Proporcionar comprobantes de ingresos familiares y declarar bienes**
- ☐ **Anexar la otra información que sea necesaria**
- ☐ **Firmar y fechar el formato**

### **Enviar las solicitudes completadas por correo**

#### **o fax al:**

Mid Valley Hospital,  
Patient Accounts Department  
PO Box 793  
Omak, WA 98841  
Fax: 509-826-7631

### **Para presentar su solicitud completada**

#### **en persona:**

Mid Valley Hospital,  
Patient Accounts Department  
810 Jasmine Street  
Omak, WA 98841  
8:00 am – 4:30 pm lunes a viernes

**No se le olvide guardar una copia para sus archivos**

Le vamos a notificar sobre la determinación final de elegibilidad y de sus derechos para apelar ante ella, cuando sea aplicable, a más tardar 15 días contados a partir de la recepción de una solicitud completa para ayuda financiera, cuando ésta incluya los comprobantes de ingresos.

Usted, al presentar una solicitud para asistencia financiera, otorga su consentimiento para que indagemos lo necesario para confirmar las responsabilidades económicas e información.

Queremos ayudar. Por favor, entregue su solicitud antes de 15 días!

Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.

#### **ADMINISTRATION**

 509.826.7663  
 PO BOX 793  
Omak, WA 98841

#### **HOSPITAL**

 509.826.1760  
 810 Jasmine St  
Omak, WA 98841

#### **CLINIC**

 509.826.1600  
 529 Jasmine St  
Omak, WA 98841



**mvhealth.org**

**Solicitud para ayuda para personas de bajos ingresos Mid Valley Hospital & Clinic**  
**-CONFIDENCIAL-**

Llene por favor con toda la información que se pide. Si hay algo que no aplica, escriba "NA." Agregue páginas adicionales cuando sea necesario.

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Si es así, escriba cuál es el idioma que prefiere:                                                |  |
| ¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No -                                                                                    |  |
| ¿Recibe el paciente asistencia social, tal como ayuda en efectivo (TANF), estampillas, o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |  |
| ¿El paciente está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                  |  |
| ¿Es la necesidad de atención médica del paciente relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

| TOME EN CUENTA POR FAVOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No podemos garantizar que usted cumpla con los requisitos para recibir ayuda financiera, incluso si presenta la solicitud.</li> <li>Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y es posible que solicitemos información adicional o comprobante de ingresos.</li> <li>Dentro de 15 días contados desde el día que recibamos su solicitud completa y documentación, le notificaremos de la decisión.</li> </ul> |  |

| DATOS DEL PACIENTE Y SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                     |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| Primer nombre de paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Segundo nombre de paciente  |                     | Apellido(s) de paciente                                   |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento         |                     | Número del Seguro Social (Opcional)                       |
| Persona responsable del pago de facturas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Su relación con el paciente | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (Opcional)                       |
| Dirección de correo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                     | Número(s) de contacto principal(es)                       |
| Ciudad                      Estado                      Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                     | (    ) _____<br>(    ) _____<br>Correo electrónico: _____ |
| Condiciones de empleo de la persona responsable de los pagos:<br><input type="checkbox"/> Trabaja (fecha de inicio: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo sin trabajo: _____)<br><input type="checkbox"/> Trabaja por propia cuenta <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro ( _____ ) |                             |                     |                                                           |

| DATOS DE LA FAMILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                            |                                                                      |                                                                              |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Enumere los miembros de su familia que viven en su casa, incluyéndole a usted. Una familia consiste en las personas unidas por parentesco de nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos.                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                            |                                                                      |                                                                              |                                     |
| TAMAÑO DE LA FAMILIA _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                            | Agregue otra página si necesita                                      |                                                                              |                                     |
| Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de nacimiento | Parentesco con el paciente | Si tiene 18 años o más: Nombre de empleador(es) o fuente de ingresos | Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual total en bruto (antes de impuestos): | ¿También solicita ayuda financiera? |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                            |                                                                      |                                                                              | Sí / No                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                            |                                                                      |                                                                              | Sí / No                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                            |                                                                      |                                                                              | Sí / No                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                            |                                                                      |                                                                              | Sí / No                             |
| <b>Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:</b><br>- Salario    - Desempleo    - Trabajo por cuenta propia    - Compensación laboral    - Discapacidad    - Seguro social    -<br>Manutención de hijos o cónyuge<br>- Programas de estudio y trabajo    - Pensión    - Distribuciones de cuentas de jubilación    - Otro<br>(explique por favor _____) |                     |                            |                                                                      |                                                                              |                                     |

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

**RECUERDE:** Hay que presentar comprobantes de ingresos con su solicitud.

Se tiene que proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es un requisito para la determinación de un descuento. Cada familiar que tenga 18 años o más tiene que declarar sus ingresos. Si no sea posible proporcionar comprobantes, es permitido presentar una declaración escrita que describe sus ingresos. Haga el favor de proporcionar comprobantes para cada fuente de ingresos que se identifica.

Entre los comprobantes aceptables de ingresos se incluyen:

- Declaración de retención de impuestos "W-2" ; o
- Talones de cheque recientes que cubran 3 meses; o
- La declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los anexos de enmienda si hay; o
- Declaraciones escritas y firmadas del empleador o de otras personas; o
- Carta de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid u otro programa de asistencia estatal; o
- Aprobación o denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si usted no tiene ningún comprobante de ingresos o no tiene ingresos, por favor agregue otra hoja con una explicación.

## DATOS ADICIONALES

Por favor agregue otra hoja si hay otros datos sobre su situación actual económica que le gustaría que supiéramos, por ejemplo alguna dificultad financiera muy grande, gastos médicos excesivos, ingresos que son de corto plazo o por temporadas, o una pérdida personal.

## ACUERDO DE PAGO

Entiendo que el Mid Valley Hospital y Mid Valley Clinic puede verificar la información, consultando los informes de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago en cuotas.

Yo afirmo que la información anterior es veraz, correcta a mi leal saber. Entiendo que si se encuentra que los datos financieros que he proporcionado sean falsos, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y es posible que sea responsable de los servicios prestados, y que se espere que yo pague por ellos.

Firma del solicitante

Fecha