

Samaritan Health Services Formulario de solicitud de asistencia económica/atención de beneficencia – CONFIDENCIAL

Por favor, agregue toda la información completamente. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si lo necesita.

POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO POSTAL SU SOLICITUD A SAMARITAN HEALTH SERVICES, REGIONAL BUSINESS OFFICE, PO BOX 1189, CORVALLIS, OR 97339 O

POR CORREO ELECTRÓNICO APLICACIÓN A shsfinancialassistance@samhealth.org

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿La persona que está completando este formulario necesita un intérprete? Sí No *Si contestó "sí", mencione su idioma de preferencia:*

¿Recibe el/la paciente servicios públicos estatales, como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Comida Básica o Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)? Sí No

¿El/la paciente es una persona sin hogar actualmente? Sí No

¿La necesidad médica del/de la paciente está relacionada con un accidente automovilístico o lesión laboral? Sí No

IMPORTANTE

- No podemos garantizar que usted reunirá los requisitos para la asistencia económica, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos revisar toda la información y pedir información o comprobantes de ingresos adicionales.

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del/de la paciente		Segundo nombre del/de la paciente		Apellido(s) del/de la paciente	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del/de la paciente (opcional)	
Persona responsable del pago de la factura		Relación con el/la paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)	
Dirección de correo postal _____ Ciudad Estado Código postal			Número principal de contacto () _____ Autorización para dejar un mensaje de voz detallado sobre su solicitud de asistencia económica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Condición de empleo de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado/a (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado/a (durante cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Autoempleado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Mencione a los miembros de la familia en su grupo familiar, incluido/a usted. La "Familia" incluye a personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Tenga en cuenta que solo se toman en cuenta a los menores de 18 años de edad que reclame como dependientes en sus impuestos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte páginas adicionales de ser necesario*

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con el/la paciente	Si tiene 18 años de edad o más: nombre del empleador o empleadores o fuente de ingreso	Si tiene 18 años de edad o más: Ingreso mensual bruto total (antes de los impuestos):	¿Reclamado/a en los impuestos?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Todos los ingresos de los miembros de la familia adultos debe divulgarse, y se debe incluir comprobantes con la solicitud llena. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios (último tres meses) Desempleo Autoempleo Compensación a trabajadores Discapacidad SSI Manutención de hijos/conyugal
 Programa de estudio y trabajo (estudiantes) Pensión Pagos de la cuenta de retiro Devolución de impuestos Otro (*por favor, explique*)

Por favor, marque la casilla para cada fuente de ingreso que haya recibido junto con las declaraciones fiscales que se incluirán con su solicitud llena.

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Esta información podría usarse al revisar la Solicitud de Asistencia Financiera.

Saldo actual en la cuenta de cheques \$ _____	¿Su familia tiene estos otros activos? Por favor, seleccione todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401 K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorros para la salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Propiedad (lo que excluye el primer lugar residencia)
Saldo actual en la cuenta de ahorros \$ _____	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay más información sobre su situación económica actual que le gustaría compartir con nosotros, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos por temporada o temporal o una pérdida personal.

ACUERDO DEL/DE LA PACIENTE

- *Entiendo que Samaritan Health Services puede verificar la información al revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia económica o los planes de pago.
 *Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y saber entender. Entiendo que si se determina que la información económica que proporcioné es falsa, esto puede resultar en la denegación de la asistencia económica y puedo ser responsable y se esperará que pague por los servicios proporcionados.

Firma de la persona responsable de la factura

Fecha

Si tiene preguntas o necesita otra ayuda para completar la solicitud, puede enviar un correo electrónico a shsfinancialassistance@samhealth.org o llamar a la línea gratuita al (800) 640-5339 o al (541) 768-4392. Para ver la política para la asistencia financiera de Samaritan Health Services y para información adicional, por favor, visite www.samhealth.org/financialassistance