



## Instrucciones del formulario de solicitud de ayuda financiera

**Legacy Health quiere proporcionar ayuda financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud. Para más información visite [www.legacyhealth.org](http://www.legacyhealth.org) y en la barra de búsqueda teclee de ayuda **financiera**.

**¿Qué cubre la ayuda financiera?** La ayuda financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Legacy Health dependiendo de su elegibilidad. La ayuda financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones. Esta ayuda cubrirá los cargos de los doctores de Legacy Health tanto como los cargos de laboratorio de Legacy Health.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud por favor, póngase en contacto con el servicio al cliente:** El servicio al cliente, facturación del hospital 503-413-4048 (número gratuito 800-495-7076). El servicio al cliente, facturación medico 503-413-3900 (número gratuito 800-295-8702). El servicio al cliente de laboratorio 503-413-4420 (número gratuito 800-233-3570). Usted puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

### **A fin de que se procese su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares y los bienes**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar ayuda financiera.** Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique "no corresponde" o "NC".

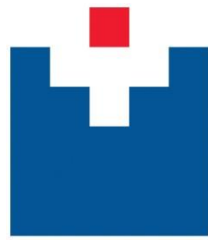
**Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a:** Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. Fax: 503-413-2753. Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Por favor pase por cualquier instalación de Legacy Health. Los centros hospitalarios tienen consejeros financieros para ayudarle con cita previa.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de ayuda financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!**  
**Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.**



# LEGACY HEALTH

## Formulario de solicitud de ayuda financiera

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC?  Sí  No

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar?  Sí  No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo?  Sí  No

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener ayuda financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la ayuda.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del solicitante		Segundo nombre del solicitante		Apellido del solicitante	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional)	
Dirección postal				Número(s) de contacto principal(es)	
_____ _____				( ) _____ ( ) _____	
Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección de correo electrónico: _____					
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____ )					

### INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

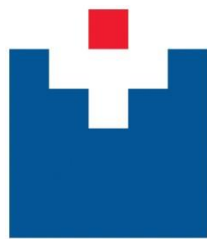
#### TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunte otra hoja de ser necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (explicar \_\_\_\_\_)



**LEGACY**  
H E A L T H

## Formulario de solicitud de ayuda financiera

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera.

**Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 3 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_

Primas de seguro \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos \$ \_\_\_\_\_

Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_ (*manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro*)

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

*Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 101 % de las Pautas Federales de Pobreza.*

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros activos?

**Marque todos los que correspondan**

Acciones  Bonos  Plan 401K  Cuenta(s) de Ahorros para la Salud

Fideicomiso(s)  Propiedades (sin incluir la vivienda principal)

Es propietario de un negocio

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que *Legacy Health* puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la ayuda financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la ayuda financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha