

Por favor, complete toda la información. Si no procede, ponga «NA». Agregue páginas adicionales si es necesario.*

INFORMACIÓN DE CRIBADO

¿Necesita un intérprete? Sí No *De ser así, indique su idioma de preferencia:*

¿Ha solicitado el paciente cobertura de Medicaid? Sí No

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

¿Se encuentra el paciente sin hogar en este momento? Sí No

¿Se debe la necesidad de atención médica del paciente a un accidente de auto o a una lesión laboral? Sí No

TENGA EN CUENTA QUE:

- No podemos garantizarle que cumplirá los requisitos para recibir ayuda económica, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobantes de sus ingresos.
- Le avisaremos si cumple los requisitos para la ayuda dentro de los catorce días naturales de haber recibido su solicitud debidamente completada junto con la documentación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

primer nombre del paciente		segundo nombre del paciente		apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		N.º de cuenta	
Persona responsable de pagar la cuenta		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	N.º del seguro social (<i>optativo</i>)	
Dirección postal				Principales números de contacto	
Ciudad Estado Código postal				() _____ () _____ Correo electrónico:	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la cuenta					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de inicio: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (por cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)					

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere los miembros de la familia que vivan en su hogar, incluido usted. La «familia» incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Agregue una página adicional si es necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: ingreso mensual bruto total (antes de las retenciones de impuestos):	¿También está solicitando ayuda económica?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Marque el centro en que lo hayan atendido:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Hospitals | <input type="checkbox"/> MultiCare Inland Northwest Hospitals | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics |
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Clinics | <input type="checkbox"/> MultiCare Rockwood Clinics | <input type="checkbox"/> ABC Clinics |
| | | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

* A partir del 1 de marzo de 2018, las consultas en MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care y MultiCare Urgent Care Clinic dejarán de estar cubiertas por el programa de ayuda económica de MultiCare.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA. CONFIDENCIAL

(cont.)

INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe adjuntar comprobantes de ingresos a la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Las fuentes de ingresos comprenden, por ejemplo:

- Salarios -Prestación por desempleo -Trabajo por cuenta propia -Indemnización laboral -Discapacidad -SSI -Pensión alimenticia/ manutención conyugal
- Programas de trabajo y estudios (estudiantes) -Pensión -Distribuciones de cuentas de jubilación -Otras (*explique:* _____)

Es necesario verificar los ingresos para determinar la ayuda económica.

Todos los integrantes de la familia que sean mayores de 18 años deben dar a conocer sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada describiendo sus ingresos. Proporcione comprobantes de cada una de las fuentes de ingresos identificadas.

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- una declaración de retención de impuestos "W-2"; o
- talones de pago recientes (de los últimos 3 meses); o
- la declaración de impuestos del año pasado, incluidos los formatos (declaraciones complementarias) si procede; o
- declaraciones por escrito firmadas de sus empleadores u otros; o
- una carta de aprobación o denegación de la prestación por desempleo.

Si no tiene comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, agregue una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Incluya una página adicional si tiene otra información respecto a su situación económica actual que desee compartir, como dificultades económicas, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que MultiCare Health System puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes con el fin de determinar la aptitud para recibir ayuda económica o planes de pagos a plazos.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información proporcionada es falsa, el resultado será la denegación de la ayuda económica y seré responsable de pagar por los servicios recibidos.

Firma del solicitante

Fecha