

PACIENTE

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuenta(s) Pacientes: _____

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

939 Caroline St.

Port Angeles, WA 98362 (360) 417-7111

PARTE RESPONSABLE

Nombre: _____ Número de la seguridad social: _____

Relación con el paciente: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre del Empleador: _____ Si Desempleado, por ¿Cuanto tiempo ?: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Posición Y Título: _____ Teléfono de negocios: _____

Ingresos Mensuales (bruto): _____ Ingresos Mensuales (neto): _____ Fecha de contratación: _____

CONYUGE

Nombre: _____ Número de la seguridad social: _____

Nombre del Empleador: _____ Si Desempleado, por ¿Cuanto tiempo ?: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Posición Y Título: _____ Teléfono de negocios: _____

Ingresos Mensuales (bruto): _____ Ingresos Mensuales (neto): _____ Fecha de contratación: _____

INFORMACION DEL HOGARNúmero de personas en el hogar: _____ ¿Alguien más contribuyen financieramente a la familia No Sí Monto?: _____

Nombre y Fecha de Nacimiento de todas las personas en la familia:			
---	--	--	--

INGRESOS VARIOS POR MES

Asistencia Pública / Cupones de Alimentos	\$	Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	\$	Donaciones	\$
Ingreso de Seguro Social	\$	Pensiones	\$	IRA	\$
Compensación por desempleo	\$	Los dividendos, intereses	\$	Saldo de la Cuenta de Ahorros	\$
Compensación de trabajadores	\$	Inversión / Ingreso por alquiler	\$	Comprobación Saldo de la cuenta	\$

ACTIVOS**ACTIVOS (PROPIA)****VALOR**

Casa

Acre (s) de la propiedad: _____ Lote (s): _____

Auto Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Auto Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Pleasure Barco:

Barco Comercial:

Trailer / Autocaravana

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Otros:

Cantidad

GASTOS**PASIVOS (debido)****A QUIEN****MO. PAGO****BALANCE**

Hipoteca / Renta

Propiedades Inmobiliaria

Préstamo bancario

Auto préstamo

Tarjetas de crédito

(Últimos 4 dígitos):

(Últimos 4 dígitos):

(Últimos 4 dígitos):

Otros pagos mensuales

Seguro de auto

Gasolina

Teléfono

Pagos médicos mensuales

Alimentos

Utilidades

Cable

Los pagos de manutención de niños

Cantidad

SOLICITUDES INCOMPLETAS O FRAUDULENTAS SERÁ NEGADA.

F132698 3/31/2016

Al completar esta declaración financiera, por la presente afirmo que las declaraciones anteriores son correctas y completas, y doy mi consentimiento para su posterior verificación por el Olympic Medical Center

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

¿Qué es la asistencia financiera?

Un programa ofrecido por el Centro Médico Olímpico para ayudar a los pacientes en el pago de su hospital OMC o facturas médicas OMP, para aquellos que cumplen con los requisitos financieros.

¿Cómo solicito?

Solicitud de ayuda financiera incluye una solicitud completa OMC financiera asistencia y **comprobante de ingresos de los últimos tres meses** para la persona responsable y el cónyuge, con **todo lo siguiente:**

- Talones de cheques de nómina con los totales del año hasta la fecha
- La mayoría de las declaraciones de impuestos del IRS recientes o estatus de no-presentación
- Últimos tres meses de estados de cheques y de ahorros
- Aviso de los beneficios de ty Seguridad Social u otros programas del gobierno
- Subvención información / Becas para la escuela
- Verificación de manutención de los hijos
- Registros de compensación por desempleo
- Carta de apoyo de ividuals ind proporcionar las necesidades básicas

¿Qué pasa con mis otros gastos

médicos? La solicitud de asistencia financiera del hospital se aplicará a ninguna obligación financiera del Centro Médico Olímpico incluyendo grupos Olympic Medical Médicos.

¿Dónde puedo obtener más información

o ayuda? Para obtener ayuda con su solicitud, o si necesita más de 10 días para completarla, por favor póngase en contacto con Servicios Financieros del Paciente al (360) 417-7111 y presione la opción # 2.

¿Quién ve mi solicitud?

Su solicitud y toda la información relativa a la misma se mantendrá estrictamente confidencial.

¿Cuándo sabré si estoy elegible?

El hospital le notificará por escrito cuando su solicitud ha sido recibida y procesada.

¿Qué pasa si estoy elegible?

Su notificación por escrito incluirá el descuento aplicado. Si no se paga un saldo pendiente, el hospital se reserva el derecho de cancelar los descuentos de asistencia financiera y asignar los saldos pendientes de pago a las colecciones.

¿Qué pasa si no estoy elegible?

Avisos Negación incluirán el motivo de negación, condiciones de pago y las instrucciones para la apelación. Usted puede apelar la decisión de proporcionar una prueba adicional de ingresos o tamaño de la familia dentro de los 30 días. Todas las apelaciones serán revisadas por el Gerente de Servicios Financieros del Paciente. Usted recibirá una notificación por escrito de la decisión final.

Las solicitudes completas pueden ser enviado por correo a:

Centro Médico Olímpico
Servicios Financieros para Pacientes
939 Caroline St.
Port Angeles, WA 98362

O, para dejar en persona o preguntar:
519 S. Peabody St., Port Angeles



ASISTENCIA FINANCIERA

Para obtener información adicional, por favor contactar Servicios Financieros del Paciente:

Teléfono:
(360) 417-7111

En persona:
519 S. Peabody St.,
Port Angeles
(De lunes a viernes
de 8:00 am a 4:30 pm)

Por Correo:
939 Caroline St.
Port Angeles, WA 98362