



INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones:

Como parte de nuestro compromiso de servicio a la comunidad, Willamette Valley Medical Center opta por ofrecerles asistencia financiera a las personas que cumplen ciertos requisitos económicos.

Para determinar si usted está en condiciones de recibir asistencia financiera, deberá completar la solicitud de Asistencia financiera que le adjuntamos y suministrar la documentación que se solicita. Su colaboración nos permitirá analizar la solicitud de asistencia financiera con la debida consideración.

Sírvase suministrar la información que se solicita y envíela por correo a la siguiente dirección:

WVMC : PAULA
2700 SE Stratus Avenue
McMinnville, OR 97128

Verificación de ingresos:

PARA PODER CONSIDERAR SU SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, ES NECESARIO VERIFICAR SUS INGRESOS. SUMINISTRE UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Carta de concesión de asistencia de parte del gobierno, el Seguro Social, el seguro de indemnización por accidentes de trabajo o el seguro de desempleo.
- Declaración de impuestos del año anterior

INCLUYA TAMBIÉN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, SEGÚN CORRESPONDA A SU SITUACIÓN:

- Formulario W-2 del IRS, Declaración de salarios e ingresos para todos los ingresos del grupo familiar
- Últimos 2 talones de pago de todos los ingresos del grupo familiar
- Si no está trabajando actualmente, suministre un comprobante de desempleo. Si no está recibiendo beneficios de desempleo, incluya una declaración que indique cómo está afrontando sus responsabilidades financieras sin ingresos. Si alguien lo está ayudando, suministre además una declaración de esta persona.
- Documentación escrita de otras fuentes de ingresos (por ej., manutención de niños, pensión alimenticia, otras).
- Estado de cuenta bancaria que incluya información de ingresos.

En caso de no contar con una verificación de ingresos, comuníquese con nuestra oficina para recibir instrucciones adicionales. Las solicitudes que no contienen la verificación se consideran incompletas y **NO SE PROCESARÁN**. Devuelva la solicitud y la verificación de ingresos dentro de 10 días a la dirección antes indicada. Si no recibimos la documentación en un lapso de 10 días a partir de la fecha de su alta, no se procesará su solicitud de Asistencia financiera y la cuenta continuará con el proceso habitual de cobro.

Notificación de concesión:

Le notificaremos si reúne los requisitos después de recibir y evaluar toda la información necesaria. La notificación será enviada por correo a la dirección que haya indicado en la Solicitud de asistencia financiera.

Servicios de médicos:

Los médicos y otros proveedores auxiliares que ofrecen servicios en WVMC no son empleados de WVMC. Recibirá facturas por aparte de su médico particular y de los demás médicos cuyos servicios hayan sido necesarios en su cuidado (patólogo, radiólogo, cirujano, etc.) La Solicitud de asistencia financiera *no* se aplicará a los montos adeudados por usted en concepto de servicios de médicos. Si tiene alguna pregunta sobre sus facturas, o para concertar las condiciones de pago de los servicios de médicos, comuníquese con el consultorio de cada médico.

Si necesita asistencia para completar esta solicitud, comuníquese con Paula en Willamette Valley Medical Center al (503) 435-6329 o por fax al (503) 435-4590, de lunes a viernes, entre las 8.00 a.m. y las 5.00 p.m. También puede comunicarse por correo electrónico a Paula.Bond@capellahealth.com



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FINANCIAL ASSESSMENT DETERMINATION WILLAMETTE VALLEY MEDICAL CENTER

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE			
Patient Name/Nombre del Paciente	Account Balance/Balancia de Cuenta	Patient Number/Numero del Paciente	Date of Birth/Fetch del Nacimiento
Admission Date/Fecha de Entrada	Discharge Date/Fecha de Despedida	Social Security #/Num de Seguro Social	Marital Status/Estado Civil
Home Address/Direccion de Residencia			
City/Ciudad		State/Estado	Zip
Name of Medical Provider/Nombre Del Proveedor De sercisos Medicos		Beginning Coverage Date/Fecha del Comienzo	
Name of Doctor/Nombre del Medico			
Employer Name/Nombre		Occupation/Ocupacion	Telephone/Telefono

GUARANTOR INFORMATION/PERSONA RESPONSABLE		
Name/Nombre	Social Security #/Num de Seguro Social	Age/Edad
Relationship to Application/Relacion con el Paciente	Address/Direccion	Telephone/Telefono
City/Ciudad	State/Estado	Zip
Employer Name/Nombre	Occupation/Ocupacion	Telephone/Telefono
Employer Address/Direccion		
City/Ciudad	State/Estado	Zip

FINANCIAL INFORMATION/INFORMACION FINANCIAL			
Total Monthly Income/Ingresos Mensuales	# of Dependents/Cuantos Dependientes	Residence: <input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own Casa: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia	Car (Model/Year)/ Car (Modelo/Año)
OTHER INCOME		GUARANTOR/RESPONSIBLE PARTY	SPOUSE
Social Security			
Pension			
Unemployment			
Worker's Compensation			
VA Benefits			
Rental Income			
Stocks, Bonds, 401K			
Dividend/Interest			
Child Support			
Alimony			
Other			

RESOURCES/RECURSOS

Name of Bank/Nombre del Banco	Checking Account/Cuenta de Cheques \$	Savings Account/Cuentas de Ahoros \$
-------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------

MONTHLY EXPENSES/GASTOS MENSUALES

Rent/Mortgage/Payment Payment/Renta o Pago Hipotecario \$	Water bill/Pago de Agua \$	Gas Bill/Pago de Gas \$	Phone Bill/Cuenta de Telefono \$
Electric Bill/Pago de Electricidad \$	Car Payment/Pago de Carro \$	Insurance Premium/Pago de Prima \$	Other Bills/Otro Gastos \$

HOUSEHOLD COMPOSITION/INFORMACION DE LA CASA

Name/Nombre	Relationship/Relacion con el Paciente	Date of Birth/Feche de Nacimiento	Social Security #/Num de Seguro Social

If unable to provide the requested documents, please explain below/Por favor de dar una explicacion si no es posible proveer los documentos:

COMMENTS/COMETARIOS :

AFFIDAVIT/DECLARACION JURADA

<p>I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I agree to tell the provider of service within ten (10) days if there are any changes in my (or the person on whose behalf I am acting) income, property, expenses or in the persons household or any change of address.</p> <p>I understand that I may be asked to prove my statements and my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank credit verification and property searches.</p> <p>I understand the county is required by law to keep any information I provide confidential.</p> <p>I further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the county from the proceeds of litigation or settlement resulting from such an act.</p>	<p>Delcero bajo pena de perjuría que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas al mayor de mi conocimiento.</p> <p>Acuerdo decirle al abastecedor del servicio en el plazo de diez dias si hay algunos cambios en mi (o personas en elfavor que yo este actuando) renta, propiedad, gastos o en las casa de las personas o cualquier cambio de direccion.</p> <p>Entiendo que puedo ser pedido probar mis declaraciones de la elegibilidad estaran conforme a la verificacion al lado de contacto con mi patron, verification del credito de banco y busquedas de propiedad.</p> <p>Entiendo que el condado es requerido por ley de proteger cualquier informacion que yo proporcione confidencial.</p> <p>Tambien convengo, en la consideracion de recibir servios del cuidado medico como resultado de un accidente o lesion, de tener que reembolsarle al condado de los ingresos de la demanda o cualquier resultado de tal acto.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

For Hospital Use Only/Usó Solamente Para el Hospital

Facility:	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Denied
COMMENTS:		
Signature Approval _____	Date _____	