

Cómo solicitar ayuda económica

Instrucciones para completar su solicitud

Por ley, todos los hospitales tienen que dar ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos. Usted podría obtener atención gratis o pagar menos por ciertos servicios según los ingresos, los activos y la cantidad de integrantes de su familia, aunque tenga seguro médico. Para ver nuestra política de ayuda económica, visite ohsu.edu/financial-assistance.

Qué cubre la ayuda económica

- No todos los servicios califican, por lo que tendrá que asegurarse de que el servicio esté cubierto antes de recibirlo. Consulte nuestra política de ayuda económica en ohsu.edu/financial-assistance para ver una lista de los servicios que **NO cubrimos**.
- Tenga en cuenta que aunque lo aprueben para recibir ayuda económica, eso **NO** garantiza que obtendrá los servicios.
- Si calificara para Medicaid u otros programas, le recomendamos que presente una solicitud para esos programas porque podrían tener otros beneficios.

Pasos para completar el formulario de solicitud



- ❶ Complete la información sobre usted y su familia.
 - **NO** tiene que dar su número de Seguro Social.
 - Mencione los familiares emparentados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción y que vivan juntos.
 - Se suele considerar a un hijo como dependiente si es menor de 18 años.
 - Estos son ejemplos de grupos familiares:
 - Parejas legalmente casadas (o parejas de hecho) que vivan juntas, con sus hijos dependientes menores de 18 años y cualquier otra persona que forme parte del grupo familiar que la pareja declare en sus impuestos.
 - Concubinos con uno o más hijos en común, si el hijo es el paciente.
 - No ciudadano patrocinado, su patrocinador y la familia del patrocinador.
- ❷ Complete la información sobre los ingresos brutos (ingresos antes de impuestos y deducciones) y los gastos de su familia.
- ❸ Declare y dé una constancia de activos.
- ❹ Adjunte toda otra información que le hayamos pedido.
- ❺ Firme y feche el formulario de ayuda económica.

Para obtener ayuda para completar la solicitud, llame al **503-494-8551**, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 4:30 p. m.

Documentos que se deben incluir con el formulario



Envíe las copias más actuales de todos los documentos de abajo que correspondan en su caso. **NO** podremos devolver los documentos originales.

- Comprobante de residencia.** Puede ser alguno de los siguientes: factura de servicios públicos a su nombre, contrato de alquiler, estado de cuenta de la hipoteca de su residencia, copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación. Es posible que pidamos más comprobantes de residencia. *Debe ser residente del estado de Oregón o de un condado limítrofe del estado de Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla y Yakima) sin planes de mudarse de la zona.*
- Recibos de sueldo** de los últimos tres meses calendario completos. Si no tiene sus recibos de sueldo, podrá darnos una carta de su empleador en la que indique sus ingresos brutos de los últimos tres meses calendario completos. *Los ingresos se contabilizan en el mes en que se recibieron (fecha de pago) y no en el mes en que se ganaron.*
- Declaración de impuestos** del último año que se hayan presentado, incluidos todos los anexos (como el anexo C por ingresos de trabajos autónomos).
- Carta de adjudicación de pensión, de la Administración de Veteranos, del Seguro Social** o equivalente.
- Determinación de reclamos** de la State Employment Division (División Estatal de Empleos).
- Comprobante de **manutención infantil** o **manutención conyugal**.
- Hoja de ingresos de trabajos autónomos** o estado de **ganancias y pérdidas** de los últimos tres meses calendario completos.
- Documentos de verificación para **toda otra fuente de ingresos** mencionada en su solicitud, como, por ejemplo, ingresos por intereses o dividendos, o cualquier otra fuente de ingresos recurrentes.
- Estados de cuentas bancarias/de cooperativas de crédito;** cuentas de cheques y de ahorros.
- Depósito en efectivo (CD), acciones, bonos o estados de cuenta de inversión.**
- Declaración financiera que confirme su **inversión en un negocio.**
- Documentación que confirme los demás **activos mencionados.**

Entregue el formulario



- Le informaremos si califica para la ayuda económica en el plazo de **3 semanas** después de que recibamos su solicitud completada y los documentos.
- Seguirá recibiendo facturas mientras revisamos su solicitud.

Por correo postal o fax:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
Fax: (503) 418-2377

Entrega en persona:

Sam Jackson Hall, Room 1306
OHSU Marquam Hill Campus
Dirección física: 3245 SW Pavilion Loop
Portland, OR 97239





Formulario de solicitud de ayuda económica

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte más páginas si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No En caso afirmativo, indique el idioma que prefiere:

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No

¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Basic Food (Comida básica) o WIC? Sí No

¿Actualmente el paciente está sin casa? Sí No

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

NOTA

- No podemos garantizarle que calificará para la ayuda económica aunque la solicite.
- Una vez que haga su solicitud, podremos verificar toda la información y pedir más información o un comprobante de ingresos.
- En el plazo de 21 días calendario después de que recibamos su solicitud completada y los documentos, le notificaremos si califica para recibir la ayuda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar: _____)	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la cuenta	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
Dirección postal (incluya la dirección física si es diferente)			Número(s) de contacto principal(es)
_____			() _____
_____			() _____
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico: _____

Situación de empleo de la persona responsable de pagar la cuenta

- Empleado** (fecha de contratación: _____) **Desempleado** (por cuánto tiempo: _____)
- Autónomo** **Estudiante** **Discapacitado** **Jubilado** **Otra** (_____)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Liste los familiares de su grupo familiar, incluido usted. La "familia" incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte otra página si es necesaria.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre del/de los empleador(es) o fuente de ingresos	Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También está solicitando ayuda económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Se deben revelar todos los ingresos salariales y no salariales de los familiares adultos. Indique los ingresos no salariales de todo menor de 18 años del grupo familiar. Ejemplos de fuentes ingresos:

- Salarios - Desempleo - Trabajo autónomo - Indemnización de trabajadores - Discapacidad - SSI
 - Manutención infantil/conyugal - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión
 - Beneficios de la cuenta para la jubilación - Otra (*explique*) _____



INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe dar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere una verificación de ingresos para determinar la ayuda económica.

Todos los familiares deben revelar sus ingresos. Dé comprobante de cada fuente de ingresos identificada. En la portada verá un listado completo de los requisitos de ingresos. Estos son algunos ejemplos de comprobante de ingresos:

- recibos de sueldo actuales (3 meses);
- declaración del impuesto sobre ingresos del último año, incluidos anexos, si corresponde;
- declaraciones firmadas y por escrito de empleadores u otros;
- aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; y
- aprobación/negación de elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si usted no tiene ingresos, adjunte otra página con una explicación.

INFORMACIÓN DE LOS GASTOS

Opcional. Se podría usar en algunos casos para obtener un panorama más completo de su situación económica.

Gastos mensuales del grupo familiar:

Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otros gastos/deudas	\$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otro)		

INFORMACIÓN DE LOS ACTIVOS

Esta información se usará si sus ingresos superan el 101 % de lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros activos?

Marque todas las opciones que correspondan

- Acciones Bonos Plan 401K Cuenta(s) de ahorro para gastos médicos
 Fideicomiso(s) Propiedades (sin incluir la residencia principal)
 Tiene un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página más si hay otra información sobre su situación económica actual que quiere que sepamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que OHSU Health podrá revisar la información crediticia para verificar la información y podrá obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la ayuda económica o los planes de pago.

Afirmo que la información de arriba es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que doy es falsa, el resultado podrá ser la negación de la ayuda económica y yo seré responsable de pagar los servicios que me prestaran, y se espera que lo haga.

Firma del solicitante

Fecha