

¿Cómo solicitar ayuda económica?

Instrucciones para llenar la solicitud

Por ley, todos los hospitales tienen que dar ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos. Usted podría ser atendido gratuitamente o pagar menos por ciertos servicios según el tamaño y los ingresos de su familia, aunque ya tenga un 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 aprueben su solicitud de ayuda económica, **NO** es garantía de que obtendrá los servicios.
- Si califica para Medicaid u otros programas, le recomendamos que se postule a ellos porque podrían tener más beneficios.

Pasos para completar el formulario de solicitud



- ❶ Llene la información sobre usted y su familia.
 - **NO** tiene que dar su número de Seguro Social.
 - Definimos un grupo familiar como una persona soltera, una pareja casada o una pareja de hecho registrada (incluso si no están en su declaración de impuestos), más cualquier dependiente que declare en su declaración de impuestos. Un hijo menor de 18 años suele ser un dependiente. 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 viva o no con el grupo familiar que la pareja declara en sus impuestos.
 - Parejas no casadas con uno o más hijos en común, si el hijo es el paciente.
 - Un no ciudadano patrocinado, su patrocinador y la familia del patrocinador.
- ❷ Llene la información sobre los ingresos brutos de su grupo familiar (ingresos antes de impuestos y deducciones).
- ❸ Declare y dé un comprobante de activos para ver si es elegible para Medicaid.
- ❹ Adjunte toda otra información que le hayamos pedido.
- ❺ Firme y feche el formulario de ayuda económica.

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



Documentos que debe incluir en 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 sobre 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 Oregon 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 del área.*
 - 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 generaron.*
 - 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.
 - Resolución de reclamos** de la State Employment Division (División Estatal del Trabajo).
 - 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 de **cualquier 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 cuenta bancarios/de cooperativas de crédito;** cuentas de cheques y de ahorros.
 - Depósito en efectivo (CD), acciones, bonos o estados de cuenta de inversión.**

Entregue el formulario



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

Correo postal:

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

Correo electrónico: sfr@ohsu.edu

Entrega en persona:

Llame al 503-494-8551 para averiguar cuál es el centro más cercano.



OHSU
Health



Formulario de solicitud de ayuda económica

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

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

| |
|--|
| ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma que prefiere:</i> |
| ¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿El paciente recibe servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Actualmente el paciente está sin casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Para qué centro está buscando ayuda financiera el paciente? <input type="checkbox"/> Adventist Portland <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> OHSU |

NOTA

- No podemos garantizarle que calificará para la ayuda económica aunque la solicite.
- Una vez que presente 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 y documentos completos, le notificaremos si califica para recibir la ayuda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| Primer nombre del paciente | Segundo nombre del paciente | Apellido del paciente |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especifique _____) | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social del paciente (opcional) |
| Persona responsable de pagar la cuenta | Relación con el paciente | Fecha de nacimiento |
| Dirección postal (incluya la dirección física si es diferente) | | Números de contacto principal () _____ () _____ |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Situación laboral de la persona responsable de pagar la cuenta <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (desde hace cuánto: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra (_____) | | Dirección de correo electrónico: _____ |

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros del grupo familiar/familiares de los que es responsable económicamente, incluido usted mismo. Consulte las instrucciones para conocer las definiciones y los ejemplos de grupo familiar.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte otra página si es necesaria.*

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación con el paciente | Nombre de los empleadores o fuente de ingresos | Total ingresos brutos mensuales (antes de impuestos): | ¿También solicita 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 - Trabajador autónomo - Compensación a trabajadores - Discapacidad - SSI - Manutención - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Repartos de cuentas de jubilación - Otro (*explique*) _____



INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir el comprobante de ingresos en 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. Ejemplos de comprobante de ingresos:

- Recibos de sueldo actuales (3 meses)
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos anexos, si corresponde
- Declaraciones firmadas y por escrito de los empleadores u otras personas
- Aprobación/negación de la elegibilidad para Medicaid o para asistencia médica subsidiada por el estado
- Aprobación/negación de la elegibilidad para compensaciones por desempleo

Si usted no tiene ingresos, explique en otra página y adjúntela.

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 | \$ _____ (mantención infantil, préstamos, medicamentos, otro) | | |

INFORMACIÓN DE LOS ACTIVOS

*Esta información se usará para determinar la elegibilidad para programas de Medicaid.
No se usa para hacer ninguna determinación de ayuda económica.*

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
 Cuentas de ahorro para gastos médicos Fideicomisos
 Propiedades (sin incluir la residencia principal) Negocio propio

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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 de 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 y deberé pagar los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha