

Cómo solicitar ayuda económica

Instrucciones para llenar su solicitud

Por ley, todos los hospitales tienen que dar ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos. Usted podría recibir atención gratuita 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 cubre todos los servicios. Tendrá que asegurarse de que el servicio esté cubierto antes de recibirlo. Para ver una lista de los servicios que **NO cubrimos**, consulte nuestra política de ayuda económica en **ohsu.edu/finance**.
- Aunque aprueben su solicitud de ayuda económica, esto NO es garantía de que obtendrá los servicios.
- Si califica para Medicaid u otros programas, le recomendamos que envíe su solicitud. Medicaid u otros programas podrían ofrecer más beneficios.

Pasos para completar el formulario de solicitud



- ❶ Llene la información sobre usted y su familia.
 - **NO** es necesario que dé 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 está en su declaración de impuestos), además de cualquier dependiente que incluya en su declaración de impuestos. Un niño(a) menor de 18 años suele ser un dependiente. Ejemplos de grupos familiares:
 - Parejas casadas legalmente (o parejas de hecho) que vivan juntas, con sus niños(as) 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 niños(as) en común, si el niño(a) es el (la) 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 proporcione un comprobante de activos para ver si es elegible para otros programas de Medicaid.
- ❹ Adjunte cualquier 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. a 4:30 p.m.

Documentos que deben adjuntarse al formulario



Envíe las copias más recientes de todos los documentos indicados a continuación que correspondan en su caso. **NO** podremos devolver los documentos originales.

- ☐ **Comprobante de domicilio.** Proporcione uno de los siguientes: factura de servicios públicos a su nombre, contrato de alquiler, estado de cuenta de la hipoteca de su casa, copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación. Es posible que pidamos más comprobantes de domicilio. Debe residir en los Estados Unidos y no tener planes de mudarse fuera del país.
- ☐ **Recibos de sueldo** de los últimos 3 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 3 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 haya presentado, incluidos todos los anexos (como el anexo C por ingresos de trabajos por cuenta propia).
- ☐ **Carta de adjudicación de pensión, de la Administración de Veteranos, del Seguro Social** o equivalente.
- ☐ **Resolución de reclamos** de la División Estatal del Trabajo.
- ☐ Comprobante de **manutención infantil** o **manutención conyugal**.
- ☐ **Hoja de ingresos de trabajos por cuenta propia** o estado de **ganancias y pérdidas** de los últimos 3 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 corrientes 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.

Dirección 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 "N/A". 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 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**

¿Para qué centro busca ayuda financiera el paciente? ☐ **Hillsboro Medical Center** ☐ **OHSU**

IMPORTANTE

- 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 (DE LA) PACIENTE Y DEL (DE LA) SOLICITANTE

Nombre del (de la) paciente	Segundo nombre del (de la) paciente	Apellido del (de la) paciente
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del (de la) paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el (la) paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal (incluida la dirección física si es diferente) _____ _____ _____ Ciudad Estado Código postal		Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura:

- ☐ **Empleado** (fecha de contratación: _____) ☐ **Desempleado** (por cuánto tiempo: _____)
☐ **Por cuenta propia** ☐ **Estudiante** ☐ **Discapacitado** ☐ **Jubilado** ☐ **Otro** (_____)

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros del grupo familiar/familiares de los que es responsable económicamente, incluyéndolo(a) a usted.
Consulte las instrucciones para ver definiciones y ejemplos de grupo familiar.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una hoja adicional si es necesario

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

Se deben declarar los ingresos (tanto los derivados del trabajo como los de otra procedencia) de todos los miembros adultos de la familia. Proporcione ingresos no ganados para cualquier persona en el grupo familiar menor de 18 años. Fuente de ingresos, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - 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 SOBRE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir una prueba de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia deben declarar sus ingresos. Proporcione comprobantes de cada fuente de ingresos identificada. En la portada verá un listado completo de los requisitos de ingresos. Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:

- Recibos de sueldo actuales (3 meses).
- La declaración de impuestos sobre ingresos del último año, incluyendo 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.
- Estados de cuenta de instituciones financieras.

Si no tiene ingresos, adjunte una hoja adicional con una explicación.

INFORMACIÓN SOBRE SUS 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 \$ _____

Primas del seguro \$ _____

Otros gastos/deudas \$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

Gastos médicos \$ _____

Servicios públicos \$ _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS BIENES

Esta información se usará para determinar la elegibilidad para ciertos programas de Medicaid.

No se usa para hacer ninguna determinación de ayuda económica

Saldo actual de la cuenta corriente

\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ _____

¿Tiene su familia estos otros activos?

Marque todas las opciones que correspondan

☐ Acciones ☐ Bonos ☐ Cuenta(s) de ahorro para gastos médicos

☐ Fideicomiso(s) ☐ Propiedades (sin incluir la residencia principal)

☐ Tiene un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación económica actual que quiera que sepamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o 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 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 y deberé pagar los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha