



SALEM HEALTH

An OHSU Partner

A nuestro paciente valorado:

Salem Health se compromete a proporcionar cuidado médico a aquellos pacientes que no tengan suficientes recursos financieros disponibles. Si usted califica para ayuda financiera, una porción de su/s cuenta/s, hasta el 100%, puede ser perdonado. **Este programa sólo cubre los cargos de las instalaciones de Salem Health médicamente necesarios y no cubre cualquier procedimiento electivo, recetas, honorarios para profesionales y/o para médicos.**

Una solicitud para la asistencia financiera es necesaria para que Salem Health haga cualquier ajuste financiero a su saldo de cuenta(s). Por favor llene el siguiente formulario en su totalidad e incluya la documentación requerida, y luego regrésela a Salem Health. **El no proporcionar la documentación solicitada de su hogar puede resultar en una denegación a la ayuda financiera.**

Usted recibirá una carta de determinación en el correo dentro de 21 días después de recibir su solicitud completada. Si se requiere información o documentación adicional para la solicitud de asistencia financiera, se le informará de los requisitos. **Otras posibles fuentes de pago, tales como el seguro médico del estado, seguro médico con cooperativa y gastos compartidos, seguro contra terceros, compensación al obrero etc.. deben ser agotadas antes de ajustar su/s cuenta/s.**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el equipo de asistencia financiera llamando al (503) 562-4357. Usted puede visitar nuestra oficina en el 550 Hawthorne Ave. SE, Salem, OR 97301 o puede enviar la solicitud y la documentación por fax al (503) 814-1998. Si desea enviar la solicitud por correo, utilice la dirección postal a continuación. Nuestra dirección de correo electrónico es: financial.counselors@salemhealth.org

Atentamente,

Financial Assistance Team (Equipo de asistencia financiera)
Salem Health and West Valley Hospital
PO Box 14001
Salem, OR 97309-5014

Información familiar

- Enliste a los miembros de la unidad familiar inmediata que se relacionan con usted por nacimiento, matrimonio o adopción legal.
- La unidad familiar puede consistir de una pareja legalmente casada viviendo juntos o aparte, una pareja sin estar casados con uno o más hijos en común, parejas en unión libre registradas en el estado de Oregón y niños si son menores de 18 años.

Ingresos de empleo u otros ingresos

- Incluya los ingresos brutos (antes de la deducción de impuestos) durante los últimos tres meses del calendario.
- Incluya ingresos no ganados de los hijos dependientes. Por ejemplo: ingresos del Seguro Social, manutención de niños, asistencia de adopción, ayuda financiera del estudiante.
- Incluya los ingresos de intereses, dividendos, bonos, etc....



Por favor lea cuidadosamente

Debe proporcionar: El formulario 1040 de la declaración de impuestos federales del año actual o la carta de verificación de la no presentación del Departamento de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés)

Y todo lo que aplique: Talones de cheque de los últimos 3 meses del calendario de usted mismo y su cónyuge/compañero(a) doméstico(a)

Una carta de otorgamiento de los Ingresos de Seguridad Suplementarios/Discapacidades del Seguro Social del año actual (SSA/SSI/SSD por sus siglas en inglés)

Una carta de otorgamiento de la Administración de Veteranos Pensión Anualidades

Sí usted reportó \$0 como ingreso, por favor complete y firme la declaración jurada adjunta

Solicitud para asistencia financiera para pacientes

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Ha solicitado ya el Plan de Salud de Oregón (Medicaid)? Sí ¿Cuándo? _____ No

¿Es usted parte de un programa de seguro médico con cooperativa y gastos compartidos? Sí No

Persona responsable

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ N° de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ingreso mensual bruto \$ _____

Otras fuentes de ingresos _____ Cantidad mensual \$ _____

Cónyuge/compañero(a) doméstico(a)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ N° de teléfono _____

Empleador: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ingreso mensual bruto \$ _____

Otras fuentes de ingreso _____ Cantidad mensual \$ _____

Niños

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Gastos médicos (excepto primas de seguros) * podemos pedir prueba de estas cantidades *

Cantidad de pago médico mensual \$ _____ Cantidad de copago mensual a la farmacia \$ _____

Fuente de ingresos adicionales: \$ _____ / mes * incluya prueba de esto (alquiler de vivienda, seguro social, pensión, desempleo, etc....)

Yo declaro que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información debe ser utilizada para determinar mi capacidad de pagar por servicios que se me otorgan en Salem Health. Autorizo a Salem Health para recibir, liberar o actuar sobre la información financiera,

para investigar la información contenida en este documento. La investigación deberá incluir contacto por comunicación escrita o por teléfono, de aquellas personas, empresas, corporaciones, etc. indicadas por usted en este documento de información financiera. La investigación puede incluir también una verificación de crédito. Por la presente, desligo al personal designado del hospital y todas las partes que suministran información a petición del personal del hospital de la responsabilidad por actos de comisión o de omisión, de comunicaciones o de revelaciones que se hacen en virtud de tal investigación. **Entiendo que la presentación de información falsa automáticamente me descalificará para cualquier tipo de asistencia.**

Entiendo que la presentación de información falsa automáticamente me descalificará para cualquier tipo de asistencia.

Entiendo que la presentación de información falsa automáticamente me descalificará para cualquier tipo de asistencia.

Entiendo que la presentación de información falsa automáticamente me descalificará para cualquier tipo de asistencia.

Firma de persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/compañero(a) doméstico(a): _____ Fecha: _____



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ (ESCRIBA SU NOMBRE), declaro que durante el siguiente período de tiempo _____ (fecha de comienzo) hasta el día de hoy, no tenía ingresos o recursos y recibí asistencia de _____ (nombre de persona o refugio).

Yo hago esta declaración para el uso de cualquier ayuda financiera a que pudiera tener derecho debido a mi situación financiera. Entiendo que, esta declaración prueba ser falsa en cualquier aspecto material, Salem Health puede revertir cualquier asistencia financiera otorgada y me hará personalmente responsable de los gastos.

_____ Fecha _____

Firma de persona responsable

_____ Fecha _____

Persona asistiendo a la firma del paciente

_____ Número de teléfono: _____

Nombre escrito