

Aplicación de ayuda financiera

Tuality Healthcare ofrece servicios de salud a nuestra comunidad aun sin saber si quienes lo reciben podrán pagarlo. Si pagar su recibo lo pone en una situación financiera difícil, podemos ayudarle a aplicar para asistencia financiera. Con base en ciertos criterios puede obtener ayuda, la cual se determinará por un estudio financiero aplicado al paciente o a la persona responsable.

Adjunto le mando la Aplicación de Ayuda Financiera. Es necesario que llene la aplicación completa, firme, llene la fecha y regrese la aplicación con copias de la siguiente información–**NO MANDE ORIGINALES**:

- Identificación válida del gobierno o pasaporte:** Garante/ Persona Responsable & esposo(a)/ pareja
- Carta:** explicando brevemente la razón por la que está pidiendo ayuda financiera.
- Verificación de ingresos:** los 3 últimos meses de cada persona que vive en la casa mayores de 18 años
 - Talones de cheques, carta de desempleo, carta de Seguro Social, pensión, carta de incapacidad, etc.
 - Estampillas de comida, manutención de hijos, carta de asistencia de vivienda o asistencia en efectivo.
 - **Estudiantes:** Carta de ayuda financiera de la universidad
 - **Trabajador Independiente:** Declaración de ganancia/perdida del negocio y estados de cuenta del banco de los 3 últimos meses
 - **Ingresos del alquiler de propiedad:** Declaración de la hipoteca de cada propiedad y el monto de ingresos del alquiler.
 - **Pacientes sin ingresos:** Carta y declaración de impuestos federales actual de la persona que lo está manteniendo económicamente.
- Declaración de impuestos federales actual (Forma: 1040, 1040ez o 1040a)**
 - **Trabajador Independiente:** Incluya el Formulario C
 - **Ingresos del alquiler de propiedad:** Incluya el Formulario E
 - **Pacientes que no declaran impuestos:** En la Aplicación debajo de ‘otra información’, marque “no”, explique la razón porque y firme para certificar.
- Estados de cuenta del banco:** los 3 últimos meses, incluyendo todas las páginas y nombre
 - Cuenta de cheques, ahorros, CDs, Mercado Monetario, Reliacard, etc.
- Inversiones/ retiro:** mes actual, incluya todas las páginas y nombre
 - 401K, 403B, IRA tradicional, Roth IRA, etc.
- * **Información adicional de sus beneficios del empleador/ información de seguro puede ser necesario para determinar si tiene beneficios médicos disponibles para poder en fin procesar su solicitud.**

Aplicaciones completas incluyendo la documentación deben ser regresadas dentro de **14 días** después de recibirla. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con el Representante de Ayuda Financiera al (503)681-1012. **Aplicaciones incompletas no van a ser consideradas y pueden ser negadas. El proceso de cobranza en los saldos pendientes continuará hasta que la aplicación completa haya sido recibida.**

La aplicación se puede mandar de la siguiente manera:

Correo

Tuality Healthcare
PO BOX 548–ATTN: FA
Hillsboro, OR 97123

Entrega (Lunes–Viernes 8am–4:30pm)

Patient Accounting Office
265 SE 3rd & Oak Suite A
Hillsboro, OR 97123

Fax

(503)681-1738
ATTN: FA

Sinceramente,

Lisa

Representante de Ayuda Financiera de Tuality Healthcare
(503) 681-1012



TUALITY HEALTHCARE
An OHSU Partner

Aplicación de ayuda financiera

Firme, llene la fecha y regrese con documentación financiera. Toda la información será mantenida confidencial.

Información del Garante/ Persona Responsable				
Apellido:		Nombre/ Inicial:		Relación al paciente:
¿Ciudadano/ residente permanente de EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de nacimiento:	No de Seguro Social:	Estado Civil:
Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal):			No. de Teléfono:	
Nombre de su empleador:			No. de Teléfono:	
Información del paciente (solo complete si es diferente del Garante/ Persona Responsable)				
Apellido:		Nombre/ Inicial:		Fecha de nacimiento:
¿Ciudadano/ residente permanente de los EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			No de Seguro Social:	
Información del Esposo(a)/ Pareja				
Apellido:		Nombre/ Inicial:		Relación al paciente:
¿Ciudadano/ residente permanente de EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de nacimiento:	No de Seguro Social:	Estado Civil:
Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal):			No. de Teléfono:	
Nombre de su empleador:			No. de Teléfono:	
¿Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrecen beneficios médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Información del Hogar				
Tamaño del hogar (incluyendo usted):		Edades de sus niño(s):		
Ingresos Mensuales			Gastos Mensuales	
	Garante/ Persona Resp.	Esposo(a)/ Pareja	Renta/ Hipoteca:	\$
Ingreso Bruto:	\$	\$	Seguro Médico:	\$
Desempleo:	\$	\$	Seguro de Auto:	\$
Seguro Social/ Pensión(es):	\$	\$	Balance de tarjeta de crédito:	\$
Manutención de hijos o de esposo(a):	\$	\$	Cuentas del hospital/ Medicamentos:	\$
Asistencia del gobierno:	\$	\$	Balance de la hipoteca:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otro:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otro:	\$
Otra Información				
Ingresos Totales del:		¿Declaraste impuestos él? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "no", por favor explique porque:	
Yo/ Nosotros certifico por mi/ nuestra firma que no tuve (mos) suficiente ingresos para reportar taxes en al año.				
Firma:		Fecha:	Firma de esposo(a)/ pareja:	Fecha:
Autorización de reporte de crédito: Usted autoriza, sin ninguna reserve a darle a Tuality Healthcare o sus agentes toda información relacionada a mi crédito personal. Yo entiendo que cualquier reporte de crédito será para el propósito de determinar la ayuda financiera. Con esto yo acepto que una copia fotográfica o facsímile telefónico de este documento será válido para cualquier propósito o futuro. Firmando, yo certifico que he leído y entendido la información presentada.				
Firma:		Fecha:	Firma del testigo:	Fecha:
Certifico por este medio que la información contenida en el cuestionario financiero es correcta y completa al mejor de mi conocimiento y autorizo al hospital de Tuality Healthcare para verificar la información proporcionada para este uso.				
Firma del Garante/ Persona Responsable:				Fecha:
Firma del Esposo(a)/ Pareja:				Fecha: