



## 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

**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