



**LIVE BOLDLY.  
LIVE WELL.**

---

Dear Valued Patient,

Le agradecemos por usar Snoqualmie Valley Health para su atención médica hoy. Es nuestra práctica proporcionar a nuestros pacientes que pagan por sí mismos este Paquete de Ayuda Financiera para ayudar a hacer arreglos para pagar su atención.

Para los pacientes sin seguro que pagan su factura dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su primer estado de cuenta, el Hospital ofrece un descuento del 30% en el pago inmediato. Para aquellos que necesitan más tiempo, el Hospital ofrece planes de pago diseñados para adaptarse a la capacidad de pago del individuo. Si un paciente no puede pagar por su atención, el hospital lo ayudará a solicitar WA Apple Health y / o Snoqualmie Valley Hospital Financial Aid. Estamos disponibles para ayudarlo en persona o por teléfono a completar estos formularios.

Si ya ha solicitado WA Apple Health y se le ha denegado, envíenos su carta de denegación junto con su solicitud de ayuda financiera SVH y todos los formularios que correspondan. La elegibilidad en una solicitud completada y aprobada es válida para los servicios recibidos dentro de la siguiente 180 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud. Si necesita la aplicación WA Apple Health, llame al 855-WA FINDER (855-923-4633), o puede solicitar en línea en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org).

Muchos pacientes del Departamento de Emergencias son elegibles para recibir ayuda financiera, pero no aprovechan este servicio comunitario ofrecido por el hospital. En un esfuerzo por evitar que esto te suceda a ti, le pedimos que se comunique con nuestro Coordinador de Ayuda Financiera si tiene alguna pregunta inquietud durante todo el proceso. Si tiene algo que le gustaría discutir, no dude en llamar.

Es extremadamente importante que tengamos una dirección postal precisa e información de contacto para comunicarnos con usted para obtener ayuda en este proceso. Una vez más, queremos agradecerle por la oportunidad de brindarle un excelente servicio al cliente, tanto durante su visita al hospital como durante el proceso de ayuda financiera. Damos la bienvenida a sus preguntas y comentarios y estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. al 425-831-2310 para sus necesidades de ayuda financiera.

Best Regards,  
Snoqualmie Valley Health Financial Aid Coordinator  
425-831-2310



**LIVE BOLDLY.  
LIVE WELL.**

---

## **Proceso de asistencia financiera**

Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles en el mostrador de recepción de Snoqualmie Valley Health.

Complete y envíe su Solicitud de Asistencia Financiera y todos los documentos de respaldo a la siguiente dirección:

Financial Assistance Department  
Snoqualmie Valley Health  
9801 Frontier Ave SE  
Snoqualmie, WA 98065  
Attn: **Billing Office/Financial Aid**  
Phone: (425) 831-2310  
Fax: (425) 831-3600

Todas las solicitudes recibidas por nuestro Departamento de Asistencia Financiera se procesarán dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la siguiente manera:



## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Snoqualmie Valley Health.

**El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud.

Para servicios de emergencia y otros servicios apropiados en Snoqualmie Valley Health, brindamos atención gratuita y asistencia financiera / atención de caridad a pacientes elegibles en una escala de tarifas móvil, con descuentos de 0 a 100% según las pautas federales de pobreza, ajustadas por el tamaño de la familia. Visite

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> para conocer las pautas actuales. También puede visitar la Sección de Facturación y Pago de nuestro sitio web, [www.snoqualmiehospital.org](http://www.snoqualmiehospital.org), para descargar una copia de nuestra política de Atención de Caridad que incluye información detallada sobre la escala móvil.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Snoqualmie Valley Health dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Snoqualmie Valley Health Business Office, 34500 E 99th Street, Snoqualmie, WA 98065. PH 425-831-2310. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

### **A fin de que se procese su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique "no corresponde" o "NC".

**Envíe la solicitud completada por correo postal o por fax con toda la documentación a:** Snoqualmie Valley Health, Attn: Business Office, 9801 Frontier Ave SE, Snoqualmie, WA 98065. FAX 425-831-3600. Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Cualquier recepción de Snoqualmie Valley Health o nuestra oficina comercial ubicada en 34500 SE 99th Street, Snoqualmie, WA 98065. Horario de atención de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 14 días calendario desde que recibamos una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para hacer las averiguaciones necesarias con el fin de confirmar la información y las obligaciones financieras.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud de inmediato!**  
**Usted podría recibir facturas hasta que recibamos su información.**



# Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

## INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:

¿El paciente ha solicitado Medicaid?  Sí  No Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC?  Sí  No

¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar?  Sí  No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo?  Sí  No

## TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del solicitante		Segundo nombre del solicitante		Apellido del solicitante	
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional*)	
Persona responsable de pagar la factura		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional*)	
Dirección postal				Número(s) de contacto principal(es)	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Ciudad	Estado	Código postal		Dirección de correo electrónico:	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura					
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro ( _____)					

## INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_ Adjunte otra hoja de ser necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (explicar \_\_\_\_\_)



## Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes 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 de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención “W-2”; o
- Recibos de pago actuales
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Primas de seguro \$ \_\_\_\_\_

Otras deudas/gastos \$ \_\_\_\_\_

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos \$ \_\_\_\_\_

(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Snoqualmie Valley Health puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha

