



Al mantener nuestra misión y valores fundamentales, Samaritan Health Services está comprometido a proveer atención médica a las personas sin importar su condición financiera.

¿Qué es la asistencia financiera?

Samaritan Health Services provee la atención médica necesaria sin cargo o con cargo reducido a los que coinciden con el criterio establecido. Si usted califica para la asistencia financiera, parte o todas sus cuotas podrían disminuir. Para obtener más información sobre la asistencia financiera, visite www.samhealth.org/financialassistance.

¿Quién puede participar para asistencia financiera?

La asistencia financiera es generalmente para las personas que califican basadas en los lineamientos federales de pobreza o necesidad por catástrofe.

¿Cómo solicito?

Para ser considerado a la asistencia, complete y regrese este formulario a Samaritan Health Services en el monto de 10 días luego de recibir su cuenta. Completar este formulario podría permitirle a recibir atención gratuita o a un costo rebajado.

Para ser considerado a la asistencia financiera, debe proveer la documentación necesaria basada en requisitos de participación. Por favor vea la lista de verificación en la página 2 para asegurarse de mandar toda la documentación necesaria:

Toda la información relacionada a la solicitud permanecerá confidencial. Información adicional podría ser requerida.

¿Y si necesito ayuda con la solicitud para asistencia financiera o el proceso?

Para respuestas a sus preguntas u otra asistencia, puede enviar un correo electrónico a SHSFinancialAssistance@samhealth.org o llamar al (800) 640-5339 o al (541) 768-4392.

¿Qué pasa si soy participante?

Recibirá una notificación por escrito que incluirá el nivel de descuento autorizado. Se le requerirá que haga un acuerdo de pago para el balance restante. Si no se hacen pagos a su cuenta restante, reservamos el derecho de cancelar el descuento y asignar el balance que no ha sido pagado a nuestra agencia de colecciones. Nuestra póliza de pagos está en recibir el monto total en un periodo de tres meses. La decisión de Samaritan Health Services en cuanto a la asistencia financiera no afecta su obligación financiera con otros proveedores de salud no afiliados a Samaritan Health Services.

¿Qué pasa si no puedo participar?

Recibirá una carta informándole del resultado. Acuerdos de pagos están disponibles de acuerdo con nuestra póliza. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a nuestra línea de servicio al (800) 640-5339 o (541) 768-4392.

ENVÍE A:

**SAMARITAN HEALTH SERVICES
REGIONAL BUSINESS OFFICE
PO BOX 1188
CORVALLIS, OR 97339-1188**

○ SHSFinancialAssistance@samhealth.org



Para poder completar su Cuestionario Financiero, debe presentar lo siguiente por cada persona relacionado/a por matrimonio, nacimiento, o adopción. Dependientes mayores de 18 deben completar su propia solicitud.

Para cada persona...

Favor de incluir...

<input type="checkbox"/> Empleado/a	<input type="checkbox"/> 3 meses comprobando el ingreso bruto (talones de cheque) y <input type="checkbox"/> 3 meses de cuentas bancarias en todas sus cuentas, al menos que esté solo/a, entonces se requieren los últimos 12 meses de las cuentas bancarias de todas sus cuentas. <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente
<input type="checkbox"/> Desempleado/a	<input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier ingreso bruto de cualquier trabajo realizado en los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> (Talones de cheque) y <input type="checkbox"/> Comprobante de toda la ayuda por parte del desempleo. Declaración de cualquiera que le esté ayudando con sus necesidades de vivienda. <input type="checkbox"/> Si está desempleado/a por razones médicas, debe presentar una nota de su doctor/a acerca de su incapacidad en el trabajo. <input type="checkbox"/> 3 meses de cuentas bancarias de todas sus cuentas <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Carta de ayuda estudiantil financiera <u>y</u> <input type="checkbox"/> Certificado oficial o no oficial de las calificaciones <u>y</u> <input type="checkbox"/> Declaración de cualquiera que le esté ayudando con sus necesidades de vivienda. <input type="checkbox"/> Comprobante de ingresos si está empleado/a <input type="checkbox"/> 3 meses de cuentas bancarias de todas sus cuentas <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente
<input type="checkbox"/> Recibiendo Discapacidad o Seguro Social	<input type="checkbox"/> Copia de la carta de beneficio de Seguro Social o discapacidad, al menos que las cuentas bancarias lo demuestren el deposito directo de estos. <input type="checkbox"/> 3 meses de cuentas bancarias de todas sus cuentas <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente
<input type="checkbox"/> Recibiendo Asistencia Estatal (DHS)	<p><i>Uno de los siguientes:</i></p> <input type="checkbox"/> Copia de la carta para estampillas de alimentos <input type="checkbox"/> Copia más reciente del WIC <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Escolar Nacional (solo contará para el/la estudiante a quien le aplica) <input type="checkbox"/> Programa de Ayuda en Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)



I. Información de el/la paciente

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

TELÉFONO DEL HOGAR

DOMICILIO

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

Ciudadano/a de EEUU

SÍ NO

NÚMERO DE CUENTA DEL/LA PACIENTE (Si se conoce):

ESTADO CIVIL: (CASADO/A, SOLTERO/A, VIUDO/A, SEPARADO/A)

II. Información del garante

NOMBRE COMPLETO

RELATIONSHIP

DOMICILIO

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO

Ciudadano/a de EEUU

SÍ NO

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

HOGAR/CEL

TRABAJO

EMPLEADOR

¿CUÁNTO TIEMPO?

EMPLEADOR DE SU ESPOSO/A

¿CUÁNTO TIEMPO?

INGRESO BRUTO MENSUAL

PROFESIÓN

INGRESO BRUTO MENSUAL

PROFESIÓN

ORIGEN Y CANTIDAD DE OTROS INGRESOS: (SEGURO SOCIAL, VA, PENSIÓN, INVERSIONES, APOYO DEL/LA ESPOSO/A, APOYO INFANTIL, BECAS, DISCAPACIDAD, ETC.)

SI DESEMPLEADO/A, ¿CUÁNTO TIEMPO Y CANTIDAD SEMANAL DE DESEMPLEO:

ESTADO CIVIL: (CASADO/A, SOLTERO/A, VIUDO/A, SEPARADO/A)
MARITAL STATUS: (MARRIED, SINGLE, WIDOWED, SEPARATED)

¿TIENE SEGURO MÉDICO? Sí No

SI SÍ, HAGA LISTA AQUÍ:

Márquese este recuadro si no ha recibido servicios y está solicitando para ser pre-calificado/a para asistencia financiera.

Ha sido referido/a por su doctor/a o cirujano/a? Sí No Si sí, por quien y cuál es la razón? _____

Si sí, por favor provee nombre y número de teléfono de el/la doctor/a _____

¿Recibe algún tipo de asistencia pública? (estampillas de comida, vivienda HUD) Sí No Si sí, por favor mande comprobante

Le apoya uno de sus padres u otra persona? Sí No Si sí, por favor provee ingresos e información de impuestos de la persona apoyándole.

III. Información de vivienda - Favor de indicar TODAS las personas en su vivienda incluyendo al solicitante (use otro papel si es necesario)

Miembro del Hogar	Parentezco	Edad	Fecha de Nacimiento	Nombre del empleador O Fuente de ingresos	Ingresos mensuales en bruto	Reclamado en sus impuestos? Sí o No



Place Patient Label Here

IV. Gastos					
GASTOS	MENSUAL	SALDO ADEUDADO	GASTOS	MENSUAL	SALDO ADEUDADO
Hipoteca o Renta			Seguro (Auto, de vida, Salud)		
Auto			Gas/Transportación		
Servicios (Gas, eléctrico, agua)			Farmacéuticos/Medicamentos		
Cable			Doctores/Hospital		
Teléfono			Tarjetas de Crédito		
Celular			Otros Gastos de Salud		
Comida			Otros Gastos (Describa)		
Cuidado infantil					

Favor de incluir abajo cualquier otra información que nos pueda ayudar a determinar su necesidad financiera o si tiene poco o ningún ingreso por favor escriba una declaración explicando como cumple con sus necesidades de vivienda.

La información antes mencionada es verdad al mejor de mi conocimiento. Si Samaritan Health Services o Samaritan Health Physicians piden verificar la información, yo autorizo a quien sea contactado a divulgar la verificación pedida a Samaritan Health Services o Samaritan Health Physicians. Yo comprendo que se podría pedir una copia del reporte de mi crédito. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera y es posible que yo sea responsable del pago de los servicios prestados.

Estoy de acuerdo a completar formularios de información financiera adicionales si se me pide hacerlo.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE _____
FECHA

FIRMA DE EL/LA ESOSO/A _____
FECHA