



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 se ajustan 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/financiamanagement.

¿Quién es elegible para asistencia financiera?

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

¿Cómo puedo solicitar?

Para ser considerado a la asistencia, complete y regrese este formulario a Samaritan Health Services dentro de 10 días después de recibir su factura. Completar este formulario podría permitirle recibir atención gratuita o a un costo rebajado.

Para ser considerado a la asistencia financiera, debe proveer la documentación necesaria basada en requisitos de elegibilidad.

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

¿Qué hago 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 elegible?

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, nos reservamos el derecho de cancelar el descuento y asignar el balance que no ha sido pagado a nuestra agencia de colecciones. Nuestra política de pagos es el recibir el pago por 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 soy elegible?

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

ENVIE A:

**SAMARITAN HEALTH SERVICES
REGIONAL BUSINESS OFFICE
PO BOX 1189
CORVALLIS, OR 97339-1189**

o

envíe la solicitud por correo electrónico a:
shsfinancialassistance@samhealth.org

Samaritan Health Services

Formulario de solicitud de asistencia financiera /caritativa- confidencial

Complete TODA la información. Si la pregunta no aplica a usted, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si su respuesta fue Si, indique el idioma preferido:</i>
¿Ha solicitado el paciente Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Deberá presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente el paciente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si presenta una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completa, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir asistencia.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y SOLICITANTES

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social del paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección _____ _____		Número de contacto principal () _____ ¿Nos autoriza para dejar un correo de voz detallado con respecto a su solicitud financiera?: SÍ NO (marque con un círculo)
Ciudad:	Estado:	Código postal
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura. <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (por cuanto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

FAMILY INFORMATION

Haga una lista de los miembros de su hogar, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Tenga en cuenta que solo se consideran niños menores de 18 años y reclamados en sus impuestos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte página adicional si es necesario*

Nombre (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Lo reclama en sus impuestos?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, ejemplo: Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Indemnización laboral - Incapacidad - SSI - Manutención de hijos / cónyuge - Programas de estudio de trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (explique _____)

Samaritan Health Services

Formulario de solicitud de asistencia financiera /caritativa– confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDA: Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Recibos de sueldo actuales de 3 meses;
- Estados de cuenta bancarios para todas las cuentas comerciales y personales de 3 meses;
- La declaración de impuestos del año pasado, incluidos los cronogramas, si corresponde;
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros;
- Aprobación / denegación de elegibilidad para Medicaid;
- Aprobación del programa SNAP, HUD, WIC, LIHEAP o Almuerzo escolar nacional;
- Aprobación / denegación de elegibilidad para compensación por desempleo;
- Para pacientes con un plan de Health Share, presente prueba de facturación.

Si no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener un cuadro más completa de su situación financiera..

Gastos mensuales del hogar:

Renta / Hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	servicios públicos	\$ _____
Otras deudas / gastos	\$ _____	(manutención de niños, préstamos, medicamentos, otros)	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos por estación o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Samaritan Health Services puede verificar la información, revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y pagar los servicios prestados.

Firma de la persona responsable de la factura

Fecha