



## Salem Health y Salem Health West Valley

### Solicitud y política de administración (resumida) para la asistencia financiera/atención de beneficencia

Salem Health se compromete a garantizar que nuestros pacientes reciban la atención hospitalaria que necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Ofrecer atención médica a quienes no pueden pagarla forma parte de nuestra misión y brindamos atención gratuita y con descuentos a los pacientes que cumplen los requisitos. Usted puede calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene un seguro de salud. También puede ser elegible para otros programas del gobierno y de la comunidad. Podemos informarle si estos programas (incluido el Plan de Salud de Oregon) pueden ayudarle a cubrir sus facturas médicas y brindarle asistencia para solicitar estos programas.

**¿Qué está cubierto?** Brindamos atención gratuita y asistencia financiera a los pacientes que reúnen los requisitos en base a una escala de tarifas móvil, con descuentos que van del 65 % al 100 %, para servicios de emergencia y otros servicios pertinentes en los hospitales y las clínicas de Salem Health. Este programa solo cubre la atención médica necesaria que se proporciona en los hospitales y las clínicas de Salem Health. No cubre procedimientos que no sean médicamente necesarios, medicamentos recetados o cargos médicos facturados por fuera de Salem Health. A un paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que las cantidades generalmente facturadas a los pacientes que tienen seguro.

**Proveedores aplicables:** los descuentos de la asistencia financiera se aplicarán a cualquier saldo adeudado a los hospitales y las clínicas de Salem Health o a los proveedores empleados de Salem Health Medical Group. Los proveedores que no son empleados y que prestan servicios en nuestro centro no están obligados a cumplir con nuestra determinación de asistencia financiera.

**Atención de emergencia:** Salem Health tiene un departamento de emergencias especializado que brinda atención para afecciones médicas de emergencia (según la definición de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto) sin discriminación en consonancia con las capacidades disponibles, sin importar si un paciente tiene o no la posibilidad de pagar o es elegible para recibir asistencia financiera.

**Elegibilidad y determinación:** los criterios que se tienen en cuenta para determinar la elegibilidad están basados en el tamaño de la familia y sus ingresos brutos\*.

Los ingresos del hogar están basados en las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) anuales y usted podrá recibir la asistencia financiera si presenta una solicitud como se indica a continuación y según la Matriz financiera de las FPG:

| Categoría de asistencia financiera   | Porcentaje de descuento  |
|--|--|
| Entre 0 y 300 % de ingresos según el porcentaje del nivel federal de pobreza | 100 %  |
| Entre 301 y 400 % de ingresos según porcentaje del nivel federal de pobreza  | 65 %   |
| Descuento por catástrofe   | 100 % de los saldos superiores al 20 % de los ingresos brutos familiares |

\*La definición de "ingresos brutos del hogar" incluye los ingresos brutos mensuales combinados de todas las personas legalmente responsables de la factura o el saldo del paciente.

Recibirá una carta de determinación o una carta que solicite documentos adicionales en el correo en un plazo de 21 días después de que recibamos su solicitud. Antes de recibir los descuentos, deben agotarse todas las demás fuentes de pago posibles, como seguro médico estatal, cooperativa médica/gastos compartidos, seguro de responsabilidad,

compensación del trabajador, etc. La asistencia financiera es la opción de último recurso y usted debe cooperar con el proceso de aprobación de cualquier solución de financiación que pagaría las facturas del paciente para ser elegible para la asistencia financiera.

Las determinaciones de asistencia financiera tienen una validez de 12 meses. La cobertura comenzará con la fecha de servicio más antigua del hogar y finalizará el último día del duodécimo mes a partir del cual se tramita la aprobación.

**Cómo solicitar asistencia financiera:** cualquier paciente puede inscribirse presentando una solicitud y aportando documentación de respaldo. Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted nos da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Para que se procese su solicitud, debe proporcionar:

1. La declaración de impuestos federales del año vigente; necesitamos todas las páginas y declaraciones complementarias. Si tiene un negocio, incluya los impuestos de la empresa/sociedad del año en curso. No envíe declaraciones escritas a mano, el formulario W-2 ni los impuestos estatales, ya que no podemos aceptar estos documentos.  
—O
2. Si no presentó la declaración de impuestos del año en curso, deberá obtener una carta de verificación de exención del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Puede llamar al IRS al 1-800-829-1040 para solicitar la carta o visitar su oficina del IRS local para solicitarla.

Si recibe ingresos de cualquiera de los siguientes, adjunte las copias a su solicitud.

3. Recibos de sueldo de los últimos 3 (tres) meses de su empleador. No envíe información sobre depósitos directos ni estados de cuenta bancarios, ya que debemos ver el sueldo bruto (antes de que se resten los impuestos y las deducciones).
4. Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social del año en curso; no envíe estados de cuenta bancarios.
5. Carta de adjudicación del beneficio de pensión del año en curso; no envíe estados de cuenta bancarios.
6. Carta de adjudicación del Departamento de Asuntos de Veteranos; no envíe estados de cuenta bancarios.
7. Carta de adjudicación de anualidades; no envíe estados de cuenta bancarios.
8. Carta de beneficios de desempleo; no envíe estados de cuenta bancarios.
9. Carta de adjudicación de manutención de los hijos; no envíe estados de cuenta bancarios.
10. Carta o documentos judiciales de adjudicación de pensión alimenticia.
11. Carta de adjudicación de ayuda económica para estudiantes.
12. Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a corto plazo; no envíe estados de cuenta bancarios.
13. Carta de adjudicación de beneficios por discapacidad a largo plazo; no envíe estados de cuenta bancarios.

Si su núcleo familiar no tiene ninguno de los tipos de ingresos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro consultorio al 503-562-4357 (opción n.º 3) para consultar si es elegible para el Plan de Salud de Oregon y si podemos ayudarle a solicitarlo.

Si tiene alguna pregunta, quiere concertar una cita o desea obtener más información, comuníquese con nosotros:

- Por teléfono: 503-562-4357
- Por correo electrónico: [financiamiento@saulemhealth.org](mailto:financiamiento@saulemhealth.org)
- Por nuestro sitio web: <http://www.salemhealth.org/financiamiento>

Hay versiones traducidas del formulario de solicitud, la política de asistencia financiera y el resumen, disponibles a petición en español, ruso y vietnamita. Para obtener los documentos por correo de forma gratuita, llame al 503-562-4357 o visite nuestro sitio web.

**Complete la solicitud en su totalidad y adjunte la documentación requerida indicada anteriormente, y envíela a Salem Health, PO Box 14001, Salem, OR 97309.** También puede enviarla por correo electrónico a [financiamiento@saalemhealth.org](mailto:financiamiento@saalemhealth.org), por fax al 503-814-1998, o bien, en persona en el campus principal del hospital, en el edificio A, en el mostrador de servicios para visitas.

**Otros descuentos y opciones:**

- **Descuento para personas sin seguro:** Ofrecemos un descuento del 51 % para los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico.
- **Planes de pago:** Cualquier saldo adeudado debe pagarse en un plazo de 30 días. El saldo puede pagarse mediante cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, efectivo, cheque o pago de facturas en línea.
  - Si necesita un plan de pago, configúrelo a través de MyChart o llame al número que aparece en su estado de cuenta, 503-814-2455.



## Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

**Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Agregue otras páginas si es necesario.**

### INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

|   |
|---|
| ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es sí, indique su idioma de preferencia:</i>                        |
| ¿El paciente solicitó Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |
| ¿El paciente recibe servicios públicos del estado como TANF, alimentos básicos o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           |
| ¿Actualmente el paciente no tiene hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| ¿La necesidad médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

### TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y pedir información adicional o comprobantes de ingresos.
- Le notificaremos si califica para la asistencia en un período de 21 días calendario después de recibir su solicitud completada y la documentación.

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

|   |                             |  |   |
|---|-----------------------------|--|---|
| Primer nombre del paciente  | Segundo nombre del paciente | Apellido del paciente                            |   |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique _____)   | Fecha de nacimiento         | Número del Seguro Social del paciente (opcional) |   |
| Persona responsable de pagar la factura   | Relación con el paciente    | Fecha de nac.                                    | Número del Seguro Social (opcional)   |
| Dirección postal<br>_____<br>_____  |                             |  | Principal(es) números de contacto<br>( ) _____<br>( ) _____<br>Correo electrónico:<br>_____ |
| Ciudad  | Estado                      | Código postal                                    |   |
| Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura<br><input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo de desempleo: _____)<br><input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otros</b> (_____) |                             |  |   |

### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Grupo Familiar es: Persona soltera/sola, o cónyuges, parejas en unión libre, o un padre y un menor de 18 años, que vivan juntos: y otras personal de las que una persona sola, cónyuge, pareja en unión libre o padre sea responsables económicamente.

#### TAMAÑO DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_

*Adjunte más páginas si es necesario.*

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

## Atención de beneficencia/Formulario de solicitud de asistencia financiera - confidencial

**Se deben presentar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos son, por ejemplo:**

- Salarios - Compensación por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI  
 - Manutención del hijo/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de la cuenta de jubilación - Otros (*explique* \_\_\_\_\_)

### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir los comprobantes de sus ingresos con su solicitud.

**Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Para determinar la asistencia financiera se requiere una verificación de los ingresos. Todos los integrantes de la familia que sean mayores de 18 años de edad deben presentar sus ingresos. Si no puede proporcionar los documentos, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione los comprobantes de todas las fuentes de ingresos identificadas.**

**Los ejemplos de comprobantes de ingresos son:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de paga actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluyendo declaraciones complementarias, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores o terceros; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica de financiación estatal; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para compensación de desempleo.

Si no tiene comprobantes de sus ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional 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   | \$ _____ | Gastos médicos   | \$ _____ |
| Primas de seguros   | \$ _____ | Servicios públicos   | \$ _____ |
| Otras deudas/gastos | \$ _____ | (manutención de los hijos, préstamos, medicamentos, otros) |          |

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Saldo actual de cuenta de cheques

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de cuenta de ahorro

\$ \_\_\_\_\_

¿Su familia tiene estos otros activos?

**Marque todo lo que corresponda**

- Acciones  Bonos  401K  Cuenta(s) de ahorros de salud  Fideicomiso(s)  
 Propiedad (excluyendo residencia primaria)  Propietario de empresa

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay información adicional acerca de su situación económica actual que usted desea que conozcamos, como problemas económicos, gastos médicos excesivos, ingresos por estación o temporada o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Comprendo que Salem Hospital puede verificar la información mediante la revisión de la información crediticia y la obtención de 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 mi mejor saber y entender. Comprendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera y puedo ser responsable por los servicios proporcionados y se puede esperar que pague por ellos.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha