



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor, responda las preguntas a continuación tan completamente como sea posible. Toda la información será mantenida confidencial. Si tiene alguna pregunta, llame al 541.274.6699, de lunes a viernes, de 8:00 AM a 4:30 PM.

Fecha de hoy _____ Nombre del Paciente _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____

Número de Cuenta del Paciente o Número del Garante _____

Persona responsable de pagar la factura y relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____

¿Es usted elegible para asistencia financiera presuntiva debido a alguna de las siguientes condiciones:

- Situación de calle o inestabilidad en la vivienda
- Encarcelamiento
- Inscripción en cualquiera de los siguientes programas: Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), "Mujeres, Bebés y Niños" (WIC), programas de asistencia energética para hogares de bajos ingresos, u otros programas similares.

Por favor, proporcione los ingresos mensuales de cada adulto no dependiente en el hogar. Asegúrese de incluir salarios, sueldos, comisiones, propinas, ingresos por trabajo por cuenta propia de negocios agrícolas o no agrícolas, jubilación ferroviaria, beneficios de VA, pensiones, ingresos por alquileres, anualidades, salarios de desempleo e ingresos de seguridad suplementaria (SSI).

Todos los miembros del hogar incluyendo al paciente	Fecha de Nacimiento	Ingresos Mensuales/Tipo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número total de personas en el hogar: _____ Ingreso total del hogar: _____

Por favor, proporcione la siguiente documentación de respaldo para los montos de ingresos mencionados anteriormente y para prueba de 0 ingresos para cualquier adulto no dependiente sin empleo en el hogar:

- Verificación de ingresos de los últimos 3 meses para cada persona con ingresos
- Declaraciones de impuestos más recientes (si legalmente requerido)

Información Adicional: _____

**Uso Exclusivo de la Oficina de
Consejería Financiera**

Date Rec'd: _____ Verified: _____

Approved
 Denied

Comments: _____

Expiration Date: _____

La aplicación anterior es verdadera según mi conocimiento. Si el hospital busca la verificación de la información, autorizo a cualquier parte contactada por el hospital a liberar la verificación solicitada al hospital.

Fecha: _____ Firma del Solicitante: _____

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a nuestros Consejeros Financieros al 541-274-6699. Nuestra oficina está abierta de 8am a 4:30pm, de lunes a viernes.

Cómo Solicitar Asistencia Financiera en Sky Lakes Medical Center

Paso 1: Comprender Su Elegibilidad

En Sky Lakes Medical Center, proporcionamos asistencia financiera para servicios médicamente necesarios no electivos basados en las Directrices Federales de Pobreza. Nuestro objetivo es asegurarnos de que las dificultades financieras no le impidan recibir atención médica esencial. Todos los pacientes, independientemente de su estado de seguro, son bienvenidos a solicitar asistencia.

La asistencia financiera se aplica solo a las cuentas facturadas por Sky Lakes. Otros médicos independientes, incluidos algunos cirujanos, patólogos y otros especialistas, pueden facturar por separado. La asistencia financiera del hospital no se aplicará a esas facturas. Además, la asistencia financiera no se puede aplicar a ningún servicio de ambulancia, vuelo aéreo u otros servicios de transporte.

Paso 2: Iniciar Su Solicitud

Tiene 240 días desde la fecha de su primer estado de cuenta (para la fecha del servicio) o 12 meses después de realizar un pago por servicios para solicitar asistencia financiera. Esto le da tiempo suficiente para reunir los documentos necesarios y completar su solicitud.

Paso 3: Reunir los Documentos Requeridos

Para solicitar, puede necesitar proporcionar tres meses de verificación de ingresos, registros de impuestos federales sobre la renta del año más reciente y/o documentación adicional de apoyo para determinar el tamaño y los ingresos del hogar, si es necesario.

Paso 4: Proceso de Determinación

Una vez que envíe su solicitud, la revisaremos basándonos en la documentación proporcionada. Si se necesita más información, recibirá una carta explicando lo que se requiere. Obtendrá una determinación dentro de los 10 días posteriores a la finalización de su solicitud. Las determinaciones se basan únicamente en el tamaño del hogar y los ingresos del hogar. No se considerarán los activos.

Paso 5: Proceso de Apelaciones

Si su solicitud es denegada o se considera incompleta, puede apelar la decisión. Proporcionaremos instrucciones claras sobre cómo corregir las deficiencias o presentar una apelación. Durante el proceso de apelación, todas las actividades de cobranza se suspenderán.

Gracias por confiar en Sky Lakes Medical Center para sus necesidades de atención médica.

skylakes.org/patients-visitors/billing-and-insurance/ayuda-financiera/