

Pedido de Ayuda Financiera

En conformidad con nuestra misión y valores fundamentales, Samaritan Health Services está comprometido a proveer cuidado de salud para las personas sin tener en cuenta su capacidad para pagar.

¿Qué es la ayuda financiera?

Samaritan Health Services provee cuidado de salud necesario gratuitamente o a un costo reducido para aquéllos que cumplen con ciertos criterios establecidos. Si usted califica para ayuda financiera, se reducirán algunos o todos sus costos.

¿Quién es elegible para recibir ayuda financiera?

Por lo general la ayuda financiera es para las personas que no tienen otros recursos financieros a su disposición, tales como seguro de salud, programas de gobierno o ingresos regulares.

¿Cómo puedo solicitarla?

Para ser considerado para recibir ayuda, complete y envíe este formulario dentro de 10 días a Samaritan Health Services; Patient Financial Services; P. O. Box 11 88; Corvallis, OR 97339-1188. El completar este formulario le puede permitir recibir cuidados gratuitos o a precio reducido.

TODAS LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN RECHAZADAS

Para que lo consideren para ayuda financiera, debe proveer lo siguiente:

1. Recibos de sueldo (los últimos 12 meses o los recibos de pago más recientes que muestren las ganancias en bruto del año hasta la fecha), la declaración de impuestos al IRS más reciente o estado de cuenta de banco.
2. Si está desempleado, declaración de beneficios u otros documentos de compensación por desempleo.
3. Si recibe ayuda de un programa de gobierno, anuncio de beneficios.
4. Cartas de aprobación de ayuda financiera escolar.
5. Si usted es soldado ex-combatiente en servicio activo por favor incluya una copia de su tarjeta de identificación de Ex-Combatiente.

Toda información relacionada con la solicitud será considerada confidencial. Puede que se requiera información adicional.

¿Qué sucede si soy elegible?

Usted recibirá un aviso por escrito que incluirá el nivel de descuento autorizado. Se le pedirá que haga arreglos de pago sobre su balance restante. Si no hace los pagos de su balance restante nos reservamos el derecho de cancelar el descuento y de asignar los balances no pagados a nuestra Agencia de Cobranzas. Nuestra política de pago es recibir pago completo dentro de un periodo de 3 meses. Los arreglos de pago que se extienden más de 3 meses puede que se envíen a nuestro servicio de facturación llamado HealthFirst Receivable Outsourcing (HRO). La decisión de Samaritan Health Services con respecto a la ayuda financiera no afecta su obligación financiera hacia otros proveedores de cuidado de salud no afiliados con Samaritan Health Services.

¿Qué sucede si no soy elegible?

Usted recibirá una carta informándole de los resultados. Tenemos disponibles arreglos de pago de acuerdo con nuestra política. Si tiene preguntas por favor llame a nuestros representantes de servicios para el cliente al (800) 640-5339 o (541) 768-4392.

GASTOS	MENSUAL	BALANCE DEBIDO	BIENES - VALOR	VALOR
Pago de Hipoteca o Alquiler			Ahorros	
Pagos de Automóvil			Cuenta de Cheques	
Servicios (Gas, Electricidad, Agua)			Mercado de Dinero	
Cable			Certificados de Depósito	
Teléfono			Inversiones, Acciones, Bonos	
Teléfono Celular			Casa (Valor de Mercado)	
Alimentos			Otra Propiedad/Bienes Raíces	
Guardería			Automóviles/Motocicletas/4X4	
Ropa			Marca/Modelo	
Seguro (de Automóvil, de Vida, de Salud)			Año	
Gasolina/Transporte			Automóvil No. 2	
Recreación			Marca/Modelo	
Productos farmacéuticos/Medicamentos			Año	
			Automóvil No.3	
Médicos			Marca/Modelo	
			Año	
Hospitales			Botes/Vehículo Recreativo/Otro	
Otros gastos médicos			IRA, 401k, 403b	
Tarjetas de Crédito				
Otros Gastos (Describa)				
OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE CON RESPECTO A SU SITUACIÓN FINANCIERA:				

Si usted tiene pocos ingresos o ningún ingreso, por favor escriba abajo una declaración explicando cómo suple sus necesidades de subsistencia. Si usted recibe ayuda de familiares y/o amigos, por favor pídale que escriban una declaración explicando qué tipo de ayuda le han dado durante el último año.

La información de arriba es correcta hasta donde yo sepa. Si Samaritan Health Services o Samaritan Health Physicians buscan verificación de la información, autorizo a quien sea contactado a que divulgue la verificación solicitada a Samaritan Health Services o a Samaritan Health Physicians. Entiendo que puede que se solicite una copia de mi historial de crédito.

Estoy de acuerdo en completar formularios con información financiera adicional, si se me lo solicita.

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

FECHA

FIRMA DE ESPOSO/A

FECHA