



Conforme a nuestra misión y nuestros valores centrales, Samaritan Health Services está comprometido a proporcionar atención de salud a las personas, sin importar su capacidad de pago.

¿Qué es la asistencia económica?

Samaritan Health Services proporciona atención de salud necesaria sin costo o a costo reducido a aquellas personas que cumplan con ciertos criterios establecidos. Si usted reúne los requisitos para la asistencia económica, es posible que todas o algunas de sus tarifas puedan disminuirse. Para obtener más información sobre la asistencia económica, visite www.samhealth.org/financialassistance.

¿Quién es elegible para la asistencia económica?

La asistencia económica generalmente es para las personas que reúnen los requisitos con base en los Lineamientos Federales de Pobreza o una necesidad catastrófica.

¿Cómo hago la solicitud?

Para que lo/a tomen en cuenta para la asistencia, complete y devuelva este formulario a Samaritan Health Services en un plazo de 10 días a partir de recibir la primera factura. Completar este formulario puede permitirle recibir atención gratuita o a costo reducido.

Para que lo/a tomen en cuenta para la asistencia económica, usted debe entregar la documentación necesaria con base en los requisitos de elegibilidad.

Toda la información relacionada con la solicitud será confidencial. Podría requerirse información adicional.

¿Qué hago si necesito ayuda con la solicitud o el proceso de asistencia económica?

Para resolver sus dudas o recibir ayuda, puede enviar un correo electrónico a shsfinancialassistance@samhealth.org o puede llamar al (800) 640-5339 o (541) 768-4392.

¿Qué pasa si soy elegible?

Recibirá un aviso por escrito que incluirá el nivel de descuento autorizado. Usted deberá establecer un plan de pago para su saldo restante. Si no paga su saldo restante, nos reservamos el derecho de cancelar el descuento y asignar el saldo no pagado a una agencia de cobro. Nuestra política de pago establece que debemos recibir el pago total en un periodo de tres meses. La decisión de Samaritan Health Services con respecto a la asistencia económica no afecta su obligación económica con otros proveedores de atención de salud no afiliados con Samaritan Health Services.

¿Qué pasa si no soy elegible?

Recibirá una carta que le informará sobre el resultado. Hay planes de pago disponibles de acuerdo con nuestra política. Si tiene preguntas, llame a nuestros representantes de atención al cliente al (800) 640-5339 o (541) 768-4392.

**ENVÍE EL
FORMULARIO 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

Para completar su solicitud de asistencia económica, debe enviar lo siguiente para cada persona con la que tenga una relación, ya sea por matrimonio, pareja de hecho, nacimiento o adopción. Los dependientes de 18 años de edad o más deben completar su propia solicitud.

Para cada persona...

Incluya lo siguiente:

<p>¿Tiene usted o la persona con la cual está presentando la solicitud un empleo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3 meses de comprobantes de ingresos brutos (recibos de nómina) y • 3 meses de estados de cuenta para todas las cuentas; empresariales y personales; y • Declaración federal de impuestos más reciente, incluidos todos los anexos
<p>¿Usted o la persona con la cual está presentando la solicitud está desempleada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta actual de beneficios por desempleo o comprobante de todos los pagos por desempleo y • Declaración de cualquier persona que le esté ayudando a pagar sus necesidades básicas si corresponde y • 3 meses de estados de cuenta de todas las cuentas; empresariales y personales y • Declaración federal de impuestos más reciente, incluidos todos los anexos
<p>¿Usted o la persona con la cual está presentando la solicitud es un(a) estudiante?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta actual de asignación de ayuda financiera y • Declaración de cualquier persona que le esté ayudando a pagar sus necesidades básicas si corresponde y • 3 meses de estados de cuenta de todas las cuentas; empresariales y personales y • Declaración federal de impuestos más reciente, incluidos todos los anexos, para usted y cualquier persona que lo/a reclame como dependiente
<p>¿Usted o la persona con la cual está presentando la solicitud está recibiendo Seguro Social?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia actual de la carta de beneficios de Seguro Social o Discapacidad; a menos que los estados de cuenta bancarios muestren que el beneficio se depositó directamente • 3 meses de estados de cuenta de todas las cuentas; empresariales y personales y • Declaración federal de impuestos más reciente, incluidos todos los anexos, si usted aún presenta una. Si ya no necesita presentar una declaración de impuestos, indíquelo en su solicitud.
<p>¿Usted o la persona con la cual está presentando la solicitud está recibiendo asistencia gubernamental?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta actual de aprobación de beneficios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)/estampillas de alimentos • Carta actual de aprobación del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) • Carta actual de aprobación de LIHEAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia para Gastos de Energía en Hogares de Bajos Ingresos) • Carta actual de aprobación del Programa Nacional de Almuerzos • Comprobante actual de la carta de aprobación del HUD (siglas en inglés del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)

Samaritan Health Services

Formulario de solicitud de asistencia económica/atención de beneficencia

Llene toda la información. Si algo no aplica, escriba "N/A". Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó "sí", mencione su idioma de preferencia:</i>
¿El/la paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deberá presentar una solicitud antes de que se le tome en cuenta para la asistencia económica</i>
¿Recibe el/la paciente servicios públicos estatales, como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Comida Básica o Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El/la paciente es una persona sin hogar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad médica del/de la paciente está relacionada con un accidente automovilístico o lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

IMPORTANTE

- No podemos garantizar que usted reunirá los requisitos para la asistencia económica, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos revisar toda la información y pedir información o comprobantes de ingresos adicionales.
- En un plazo de 30 días naturales a partir de que recibamos su solicitud completada y su documentación, le avisaremos si reúne los requisitos para la asistencia.

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del/de la paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Segundo nombre del/de la paciente	Apellido(s) del/de la paciente
	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del/de la paciente (opcional)
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el/la paciente	Fecha de nacimiento
Dirección de correo postal _____ _____ _____ Ciudad Estado Código postal		Número de Seguro Social (opcional) Número principal de contacto () _____ Autorización para dejar un mensaje de voz detallado sobre su solicitud de asistencia económica: SÍ NO (encierre uno en un círculo)
Condición de empleo de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado/a (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado/a (durante cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Mencione a los miembros de la familia en su grupo familiar, incluido/a usted. La "Familia" incluye a personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Tenga en cuenta que solo se toman en cuenta a los menores de 18 años de edad que reclame como dependientes en sus impuestos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunte páginas adicionales de ser necesario

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento o	Relación con el/la paciente	Si tiene 18 años de edad o más: nombre del empleador o empleadores o fuente de ingreso	Si tiene 18 años de edad o más: Ingreso mensual bruto total (antes de los impuestos):	¿Reclamado/a en los impuestos?
					Sí / No
					Sí / No

					Si / No
					Si / No

Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación del trabajador - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) - Manutención infantil/conyugal
Programas de empleo para estudiantes - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro - Otra (*explique* _____)

Samaritan Health Services

Formulario de solicitud de asistencia económica/atención de beneficencia

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir un comprobante de ingresos en su solicitud.

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

Todos los miembros de la familia que tengan 18 años de edad o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede entregar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos.

Proporcione comprobantes de cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Recibos de nómina actuales de 3 meses;
- 3 meses de estados de cuenta para todas las cuentas empresariales y personales;
- Declaración de impuestos del año anterior, incluidos todos los anexos si aplica;
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otras personas;
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid;
- Aprobación de SNAP, HUD, WIC, LIHEAP o del Programa Nacional de Almuerzos Escolares;
- Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación de trabajadores;
- Para los pacientes con un plan de Health Share, proporcione comprobante de facturación.

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

INFORMACIÓN SOBRE LOS GASTOS

Usamos esta información para darnos una idea más completa sobre su situación económica.

Gastos mensuales del grupo familiar:

Renta/hipoteca \$ _____ Gastos médicos \$ _____
 Primas de seguros \$ _____ Servicios públicos \$ _____
 Otras deudas o gastos \$ _____ (*manutención infantil, préstamos, medicamentos, otro*)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO/HEALTH SHARE

Si actualmente tiene un seguro médico o un plan de Health Share, méncionelo a continuación:

1. _____
2. _____
3. _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay más información sobre su situación económica actual que le gustaría compartir con nosotros, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos por temporada o temporal o una pérdida personal.

ACUERDO DEL/DE LA PACIENTE

Entiendo que Samaritan Health Services puede verificar la información al revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia económica o los planes de pago.

Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y saber entender. Entiendo que si se determina que la información económica que proporcioné es falsa, esto puede resultar en la denegación de la asistencia económica y puedo ser responsable y se esperará que pague por los servicios proporcionados.

Firma de la persona responsable de la factura _____ Fecha _____