

The logo for First Hill Surgery Center features the text "First Hill" in a blue serif font with a blue arch above it, and "SURGERY CENTER" in a grey serif font below it.

First Hill SURGERY CENTER

Estimado paciente y familia:

Las facturas médicas pueden ser difíciles de pagar. First Hill Surgery Center trabaja con los pacientes para averiguar si califican a las opciones del plan de pago sin intereses o descuentos de asistencia financiera. Si se le otorga asistencia financiera, parte de su saldo o todo su saldo podrá reducirse.

Para ser considerado en la asistencia financiera proporcione los siguientes documentos:

1. Solicitud de Asistencia Financiera completada y firmada.
2. Verificación de ingreso familiar/doméstico (abajo se encuentran algunos ejemplos de lo que puede enviar para demostrar su ingreso).
 - a. Dos comprobantes de pago recientes
 - b. Cuenta de pérdidas y ganancias del último trimestre
 - c. Carta de aprobación o negación de asistencia pública
 - d. Carta de beneficio del Seguro Social
 - e. Última declaración fiscal
3. Si usted alega que no percibe ingresos o siente que existen otras circunstancias que pueden afectar su elegibilidad, incluya una carta explicativa. Si alguien más asume los gastos de su comida y su residencia, incluya una carta explicativa elaborada por dicha persona. También, indique desde hace cuánto no percibe una fuente de ingresos.
4. Para las familias que están 100 % por encima del índice federal de pobreza, se podrá solicitar documentación para validar cualquier recurso disponible. El índice federal de pobreza más reciente se puede consultar en nuestra página web <http://www.firsthillsurgerycenter.com/> o mediante los asesores financieros.

Envíe su solicitud y la documentación de apoyo lo antes posible para que podamos ayudarle a resolver su saldo. FHSC cuenta con asesores financieros que pueden proporcionar ayuda en persona si es necesario.

Tome en cuenta que si la asistencia financiera se otorga, solo cubrirá las facturas médicas elegibles de las instalaciones del FHSC. No aplicará a las facturas de otros grupos médicos, hospitales o médicos. Por favor, contacte directamente a otros grupos médicos para conocer sus opciones de asistencia financiera.

Cuando usted solicita asistencia financiera, nos está dando su consentimiento para investigar sobre sus obligaciones financieras o referencias según sea necesario.

Los paquetes de solicitud se pueden hacer llegar en persona o por correo al departamento y la dirección que se muestra a continuación:

Patient Financial Services
Attn: Financial Counselors
1145 Broadway
Seattle WA 98122

Solicitud para asistencia financiera

I. Información del paciente					
NOMBRE DEL PACIENTE NOMBRE		APELLIDO	PRIMER	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	TELÉFONO DOMICILIO
DIRECCIÓN CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO TRABAJO
FECHA DE NACIMIENTO	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PRIMARY CARE PHYSICIAN, PCP)				¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, podemos ayudarle a solicitar un programa especial de Medicaid, además de nuestra asistencia financiera.

II. Información del garante (Persona responsable del pago de las facturas)					
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LAS FACTURAS					RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Fecha de nacimiento
NÚMERO DE TELÉFONO	DOMICILIO	TRABAJO			

Seleccione esta casilla si usted no ha recibido los servicios y los está solicitando para precalificar.

¿Ha sido referido por un médico o cirujano? SÍ NO

Si la respuesta es sí, proporcione nombre y número telefónico del médico

III. Información de domicilio - Indique TODAS las personas que viven con usted, incluyendo al solicitante.	Utilice una hoja aparte si es necesario.
--	--

Enumere a todas las personas que viven en su residencia (incluyéndose usted). Los ingresos incluyen salarios (antes de los impuestos), ingresos de manutención infantil, ingresos por alquiler de una propiedad, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia gubernamental/pública, gastos de renta o vivienda a cambio de servicios proporcionados, fondos percibidos por cuentas de jubilación, acciones, bonos, etc.

NOMBRE DEL MIEMBRO FAMILIAR	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FUENTE DE INGRESO O NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESO MENSUAL PREVIO A LA FECHA DEL SERVICIO	BRUTO	¿ESTÁ ASEGURADO? (encierre en un círculo sí o no) Si la respuesta es sí, indique el seguro (ejemplo, Blue Cross, UHC, etc.)
1.						Sí o No
2.						Sí o No
3.						Sí o No
4.						Sí o No
5.						Sí o No
6.						Sí o No
7.						Sí o No
8.						Sí o No

Continúa al otro lado

IV. Gastos y recursos

Esta información podrá ser usada para ayudarle con un plan de pago a largo plazo o una exclusión de descuento si usted no califica para nuestro descuento estándar de asistencia financiera basada en su ingreso y tamaño familiar. Se podrá requerir información o documentos de verificación adicionales para procesar su solicitud. De ser su caso, se lo haremos saber.

Monto pagado por renta o hipoteca _____
Costo de servicios públicos _____
Pago por vehículo _____
Atención infantil mensual _____
Prima por seguro de salud _____
Costo mensual en medicinas o suministros médicos _____
Saldo en su cuenta corriente _____
Saldo en su cuenta de ahorros _____

¿Es usted estudiante a tiempo completo? Sí No

¿Está recibiendo apoyo financiero de un padre u otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione información de ingresos de la persona que lo apoya.

Si necesita escribir una carta explicando su situación individual, por favor anéxela a este formulario.

VI. Autorización

Por la presente, certifico que la información contenida en el cuestionario financiero anterior es correcta y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a First Hill Surgery Center a verificar cualquiera o toda la información proporcionada.

X

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA