



## Instrucciones para el proceso de solicitud de ayuda financiera

**Legacy Health desea brindar asistencia financiera** a las personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Es posible que usted cumpla con los requisitos para la atención médica gratuita o con un precio reducido de acuerdo con el tamaño de su familia y sus ingresos, aunque tenga seguro de salud. *Para más información, visítenos en [www.legacyhealth.org](http://www.legacyhealth.org) y en la barra de búsqueda escriba “**financial assistance**”. Cuando ingrese a la página, verá un enlace para la información en su idioma.*

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera cubre los servicios médicamente necesarios proporcionados por Legacy Health según cuál sea su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, entre ellos, los servicios brindados por otras organizaciones. Esta asistencia cubrirá también los cargos de los médicos de Legacy Health.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente:** Puede comunicarse con Atención al Cliente al 503-413-4048 (número gratuito 800-495-7076). Puede obtener ayuda por cualquier razón, incluso asistencia para la discapacidad y los idiomas.

### **Para que su solicitud sea procesada, usted debe:**

- Proporcionarnos información acerca de su familia**  
Indique la cantidad de miembros de la familia que viven en su hogar (la familia incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas)
- Bríndenos información acerca de los ingresos brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcione documentación para los ingresos de la familia**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firme y feche el formulario**

**Nota: No tiene que proporcionar un número del Seguro Social para postularse para la asistencia financiera.** Si nos proporciona el número del Seguro Social, nos ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos ha proporcionado. Si no tiene un número del Seguro Social, marque “no corresponde” o “NC”.

**Envíe por correo o fax la solicitud llenada junto con toda la documentación a:** Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. Fax: 503-413-2753. Asegúrese de guardar una copia para su constancia.

**Para presentar su solicitud llenada en persona:** Pase por cualquier centro de Legacy Health. Las sedes hospitalarias tienen asesores financieros, disponibles con cita previa, para brindarle asistencia.

Le notificaremos acerca de la determinación final de la elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 10 días hábiles de haber recibido una solicitud de asistencia financiera completada, con la documentación sobre los ingresos incluida.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar la información y las obligaciones financieras.

**Estamos aquí para ayudarle. ¡Presente su solicitud pronto!**  
**Usted continuará recibiendo facturas hasta que recibamos su información.**



## Formulario de solicitud de ayuda financiera:

### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?  Sí  No *Si respondió Sí, especifique el idioma preferido:*

¿El paciente se ha postulado para Medicaid?  Sí  No

¿El paciente está sin vivienda actualmente?  Sí  No

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- No podemos garantizar que usted cumplirá con los requisitos para la asistencia financiera, aunque se postule.
- Una vez que usted envía su solicitud, verificaremos toda la información y es posible que le pidamos información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 10 días de haber recibido su solicitud llenada y la documentación, le notificaremos a usted si cumple con los requisitos para la asistencia.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y POSTULANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del paciente (opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Número(s) de contacto principal(es)
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		( ) _____ ( ) _____ Correo electrónico: _____
Estado de empleo de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Empleado por su cuenta</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____ )		

### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Indique los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido usted. La "familia" incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Adjunte una página adicional si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre del empleador o fuente de los ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Ingresos brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)	¿Se postula también para la asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deberán divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos pueden ser, por ejemplo:**

- Salario - Desempleo - Empleado por su cuenta - Compensación laboral - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - Aporte del hijo/cónyuge
- Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Jubilación - Distribuciones de cuentas de jubilaciones - Otro (explique \_\_\_\_\_)



## Formulario de solicitud de ayuda financiera

### INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

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

**Debe proporcionar la información acerca de los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de los ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia a partir de los 18 años deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione un comprobante por cada fuente identificada de ingresos. Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos:**

- Declaración de las retenciones "W-2"; o
- Comprobantes de pago actuales (3 meses); o
- Impuesto federal a la renta del año anterior, que incluya los anexos, si corresponden; o
- Declaraciones escritas firmadas de parte de los empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una hoja adicional con una explicación.

### Información sobre la cuenta de ahorros para la salud (HSA)

*Estos fondos deberán aplicarse a los saldos pendientes antes de la Asistencia Financiera*

Saldo de la cuenta de ahorros para la salud (HSA) \$ \_\_\_\_\_

### ACUERDO CON EL PACIENTE

Comprendo que Legacy Health puede verificar la información proporcionada y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o planes de pago. Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, la consecuencia puede ser la denegación de la asistencia financiera y podré ser responsable del pago de los servicios prestados y se esperará que los pague.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llena el formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha