

Instrucciones de solicitud a FHA

PASO 1: Complete la información del paciente. Complete toda la información relativa al paciente.

PASO 2: Complete la información sobre ingresos. Esto incluye ingresos de su empleador, ayuda de servicios sociales (estampillas para alimentos, ayuda a familias con hijos dependientes, ayuda general), ayuda del gobierno (seguridad social, beneficios para veteranos) y todos los demás ingresos. Si cualquiera de sus hijos tiene 18 años de edad o más, se necesita un formulario aparte.

PASO 3: Complete los gastos y deudas mensuales. Esto incluye el pago de una hipoteca, alquiler, servicios básicos, médicos u otros gastos.

PASO 4: Envíelo a la oficina comercial (en la dirección que se indica más arriba) por correo o personalmente, con la firma original de la solicitud y documentación de apoyo.

PARA QUE EVERETT CLINIC Y POLYCLINIC CUMPLA CON LAS DIRECTRICES ESTATALES, **SE REQUIEREN PRUEBAS O DOCUMENTACIÓN PARA CADA ELEMENTO QUE HA INDICADO EN LA PARTE DELANTERA DE ESTA SOLICITUD**. TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE ENVIAR DENTRO DE **30 DÍAS** DESDE LA SOLICITUD INICIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA O PUEDE SER RESPONSABLE POR SUS CARGOS.

Los siguientes son los tipos de documentación necesarios. Revise cada uno para ver cuáles se aplican a su situación: **SOLO COPIAS**, los originales no se devolverán).

- Formularios de declaración de impuestos del IRS más recientes (1040 o W-2) ****Deben estar firmados****
Y Comprobantes de cheques de pago de los últimos 30 días de todas las personas con empleo del grupo familiar.
- Comprobantes de cheques del seguro de desempleo de los últimos 30 días.
- Tarjeta de identificación federal o del estado con foto, o licencia de conducir del solicitante. Se necesita identificación para garantizar la protección contra fraudes.
- Prueba de todos los demás ingresos recibidos en los últimos 30 días (beneficios del gobierno; SSI, beneficios para veteranos, etc., pensión alimenticia o conyugal, manutención infantil, ingresos por inversiones, liquidaciones, etc.).
- Si actualmente no tiene ningún tipo de ingreso, envíe una carta donde explique su sustento financiero actual.
- Envíe las facturas de hipoteca o alquiler, servicios básicos y cualquier factura médica pendiente de pago.
- Adjunte la solicitud a FHA (**totalmente** completada y firmada).
- ¿Ha sido aprobado para recibir ayuda por dificultad financiera en otro hospital local o establecimiento médico dentro de los últimos 6 meses? _____
- Si es así, en qué institución _____. ¿Puede proporcionar documentación para que se apruebe?

CONFIDENCIAL

PASO 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN (CONSULTE EL REVERSO PARA LEER LAS INSTRUCCIONES)

Número del historial médico (lo debe ingresar FC)	Número del Seguro Social
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Dirección	Número de teléfono (casa)
Ciudad, Estado, C.P.	Número de teléfono (celular)

PASO 2: COMPLETE LA INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS/ACTIVOS

****Si no se informan ingresos, explique de qué vive****

Los dependientes que contribuyen ingresos a los gastos del grupo familiar (descritos más adelante)

Usted y su cónyuge/pareja	EDAD	Relación con el paciente	Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)

Miembros de la familia, viven en casa y mantienen al grupo familiar	EDAD	Relación con el paciente

PASO 3: COMPLETE LA INFORMACIÓN SOBRE GASTOS Y DEUDAS MENSUALES PROMEDIO

Hipoteca/alquiler:	Cantidad:
Total de servicios básicos:	Cantidad:
Electricidad:	Cantidad:
Agua:	Cantidad:
Gas:	Cantidad:
Gastos médicos:	Cantidad:
Otro:	Cantidad:

Departamento de Servicios Comerciales

The Everett Clinic **THE POLYCLINIC**
Part of Optum® Part of Optum®

Solicitud de Asistencia por Dificultad Financiera (FHA)

Atención: Departamento de Servicio al Cliente
PO Box 3753 | Seattle, WA 98214-5752 | (425) 258-3900

Si está desempleado, indique la fecha en que terminó el empleo: _____

¿Tiene Medicaid? Sí / No Si tiene Medicaid, proporcione una copia de su tarjeta de Medicaid.

¿Ha solicitado Medicaid alguna vez? Sí / No

Si la respuesta es sí, indique cuándo y dónde: _____

DECLARACIÓN: LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, COMPLETA, PRECISA Y VERDADERA. AUTORIZO LA ENTREGA DE TODA INFORMACIÓN QUE EVERETT CLINIC Y POLYCLINIC PUEDA NECESITAR PARA DETERMINAR SI CALIFICO PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA POR MEDIO DE SU PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA INDIGENTES O CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FINANCIADO POR EL GOBIERNO FEDERAL O EL ESTADO (según el estado), LO QUE INCLUYE LA VERIFICACIÓN DE MI SALARIO O SUELDOS, EL SALDO DE MIS CUENTAS BANCARIAS, EL VALOR DE RESCATE DE TODA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA, ACCIONES O BONOS QUE POSEA, ADEMÁS DEL VALOR DE CUALQUIER BIEN MUEBLE O INMUEBLE QUE SEA DE MI PROPIEDAD O QUE ESTÉ COMPRANDO. SI ME REMITEN A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FINANCIADO POR EL GOBIERNO FEDERAL O EL ESTADO, AUTORIZO A DAVITA MEDICAL GROUP A REVELAR Y OBTENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA DICHOS FONDOS.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

The Everett Clinic y The Polyclinic, parte de Optum, no discrimina por sexo, edad, raza, color, país de origen ni discapacidad.

Hay servicios gratis para ayudarlo a comunicarse con nosotros. Como cartas en otros idiomas o en otros formatos como en letra grande. De lo contrario puede pedir un intérprete. Para obtener ayuda, llame gratis al 1-877-626-0678, TTY 711.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-877-626-0678.

請注意：如果您說中文 **(Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-877-626-0678。