

Instrucciones complementarias de MyChart para la solicitud de ayuda económica

Esta es una solicitud de ayuda económica del Fred Hutchinson Cancer Center. Esta es la versión complementaria de MyChart. Use esto SOLO si está enviando una solicitud por medio de su cuenta MyChart. Cargue esto por medio del módulo MyChart. Si necesita completar toda la solicitud, visite nuestro sitio web para descargarla en fredhutch.org/financialassistance. También puede pedir una solicitud o información en el lugar donde quiere recibir atención.

El estado de Washington exige que todos los hospitales den ayuda económica a las personas y familias que cumplan ciertos requisitos de ingresos. Puede calificar para recibir atención gratuita o a precio reducido según el tamaño de su familia y sus ingresos, aunque tenga seguro médico. Damos ayuda económica a cualquier paciente/garante cuyos ingresos familiares brutos sean hasta del 300 % del nivel federal de pobreza (FPL) con un descuento del 100 %. Después del 1 de julio de 2022, nuestro límite se amplía a:

- Un 75 % de descuento para el 301-350 % del FPL y 25 % de responsabilidad del paciente
- Un 50 % de descuento para el 351-400 % del FPL y 50 % de responsabilidad del paciente

Para obtener más información, comuníquese con Orientación económica (Financial Counseling) al (206) 606-6226 o al teléfono de llamada sin costo al (800) 304-1763, seleccione la opción 2, de lunes a viernes de 7:30 a. m.- 4:00 p. m. (Hora del Pacífico).

¿Qué cubre la ayuda económica?

La ayuda económica del hospital cubre los servicios de hospitalización apropiados prestados por Fred Hutchinson Cancer Center dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la ayuda económica no cubra todos los costos de atención médica, incluyendo los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:

Llame a Orientación económica al (206) 606-6226 o al teléfono de llamada sin costo al (800) 304-1763, seleccione la opción 2. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo la discapacidad y la ayuda con idiomas.

Nota: No es necesario que dé un número de Seguro Social para enviar una solicitud de ayuda económica. Si nos da su número de Seguro Social, ayudará a agilizar el trámite de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que se nos da. Si no tiene un número de Seguro Social, marque "no corresponde" o "NA".

Asegúrese de guardar una copia de la solicitud de ayuda económica para usted.

Le informaremos sobre la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en un plazo de 14 días calendario después de recibir una solicitud de ayuda económica completa, incluyendo la documentación de ingresos.

Cuando presenta una solicitud de ayuda económica, usted da su consentimiento para que hagamos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones económicas y la información.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud lo antes posible!

Es posible que reciba facturas mientras su solicitud está pendiente. Fred Hutchinson Cancer Center y UW Medicine pueden compartir información, si es necesario, para ayudar a los pacientes que buscan atención en ambas instituciones (en un plazo de 90 días después de completar una solicitud). El período de aprobación puede ser diferente para cada institución.

Formulario complementario de MyChart de ayuda económica

Esta es la versión complementaria de MyChart. Use esto SOLO si está enviando una solicitud por medio de su cuenta MyChart. Cargue esto por medio del módulo MyChart. Si necesita completar toda la solicitud, visite nuestro sitio web para descargarla. fredhutch.org/financialassistance. También puede pedir una solicitud o información en el lugar donde quiere recibir atención.

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte más hojas, si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió Sí, mencione el idioma preferido:</i>
¿Solicitó el paciente Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que sea necesario enviar una solicitud antes de que lo consideren para recibir ayuda económica.</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos del estado como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de auto o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del paciente* <small>*Vea la nota en la página 1 relacionada con el número de Seguro Social</small>
Información de contacto	Teléfonos del contacto principal:	Casa: _____ Móvil: _____ Otro: _____
Dirección de correo electrónico: _____		

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Haga una lista de los familiares en su grupo familiar, incluyéndose usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ **DEPENDIENTES** _____ *Adjunte más hojas si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre del empleador o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos mensuales brutos totales (antes de los impuestos):	¿Envió también una solicitud de ayuda económica?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Todos los ingresos de los familiares adultos se deben revelar. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabaja por cuenta propia - Compensación de los Trabajadores - Discapacidad - SSI
- Manutención de menores/cónyuge - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión
- Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explique* _____)