



## **Anuncio del Programa de Asistencia Financiera de KVH**

Kittitas Valley Healthcare está comprometido a asegurar a nuestros pacientes reciben la atención hospitalaria que necesitan, independientemente de la capacidad de pago de dicha atención. La prestación de atención de salud a quienes no pueden permitirse pagar es parte de nuestra misión y la ley estatal exige a los hospitales proporcionar cuidados gratis y con descuento a los pacientes elegibles. Usted podría calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de la familia y los ingresos, incluso si usted tiene seguro de salud.

Si usted piensa que usted podría tener problemas para pagar por su salud, por favor hable con nosotros. Cuando sea posible, le animamos a que pida ayuda financiera antes de recibir tratamiento médico.

**¿Qué cubre la garantía?** Para situaciones de emergencia y otras medidas apropiadas de los servicios de hospital en Kittitas Valley Healthcare ofrecemos atención médica gratuita y ayuda financiera a los pacientes elegibles sobre la base de tarifas escalonadas, con descuentos que van del 20 al 100%.

**Cómo aplicar:** Cualquier paciente puede aplicar para recibir asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud y proporcionar documentación de apoyo. Si usted tiene preguntas, necesita ayuda o desea recibir un formulario de solicitud o más información, póngase en contacto con nosotros:

- Ala entrada o salida del Hospital;
- Por teléfono: **(509) 933-7553**
- En nuestro sitio web en: **[www.kvhealthcare.org/self-pay](http://www.kvhealthcare.org/self-pay)**
- En persona: **603 S Chestnut St (KVH Campus) o 1506 E. Radio Road (Radio Hill Annex)**

**Si el inglés no es su primer idioma:** Las versiones traducidas del formulario de solicitud están disponibles a petición.

### **Otro tipo de asistencia:**

Cobertura de asistencia: Usted puede ser elegible para otros programas del gobierno y de la comunidad. Podemos ayudarle a saber si estos programas (incluyendo Medicaid/Apple salud) puede ayudar a cubrir sus facturas médicas. Podemos ayudarle a aplicar para estos programas.

Planes de pago: cualquier saldo de las cantidades adeudadas por usted puede ser pagadas en cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, en efectivo o con cheque. Si usted necesita un plan de pago, por favor llame al número indicado en su factura.

Urgencias: Kittitas Valley Healthcare ha dedicado un departamento de emergencia y ofrece atención de emergencia, condiciones médicas (como se define por el tratamiento médico de emergencia y la Ley del trabajo) sin discriminación en consonancia con las capacidades disponibles, sin tener en cuenta si o no un paciente tiene la capacidad de pagar o es elegible para recibir asistencia financiera.

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado.

Kittitas Valley Healthcare - Hospitales, clínicas y servicios de especialidad  
 Asistencia financier  
**2022 Fee Schedule (as of July 1st, 2022)**

Poverty Level*	At or below 200%	201-250%	251-300%	301-400%
Family Size	Discount			
	100%	75%	50%	0%
1	\$0 - \$27,180.00	\$27,181.00 - \$33,975.00	\$33,976.00 - \$40,770.00	\$40,771.00 and higher
2	\$0 - \$36,620.00	\$36,621.00 - \$45,775.00	\$45,776.00 - \$54,930.00	\$54,931.00 and higher
3	\$0 - \$46,060.00	\$46,061.00 - \$57,575.00	\$57,576.00 - \$69,090.00	\$69,091.00 and higher
4	\$0 - \$55,500.00	\$55,501.00 - \$69,375.00	\$69,376.00 - \$83,250.00	\$83,251.00 and higher
5	\$0- \$64,940.00	\$64,941.00 - \$81,175.00	\$81,176.00 - \$97,410.00	\$97,411.00 and higher
6	\$0- \$74,380.00	\$74,381.00 - \$92,975.00	\$92,976.00 - \$111,570.00	\$111,571.00 and higher
7	\$0 - \$83,820.00	\$83,821.00 - \$104,775.00	\$104,776.00 - \$125,730.00	\$125,731.00 and higher
8	\$0 - \$93,260.00	\$93,261.00 - \$116,575.00	\$116,576.00 - \$139,890.00	\$139,891.00 and higher
each additional person	\$ 9,440.00	\$ 11,800.00	\$ 14,160.00	\$ 18,880.00



## Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como atención benéfica) en Kittitas Valley Healthcare.

**El estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen asistencia financiera** a las personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o a precio reducido en función del tamaño y los ingresos de su familia, inclusive si tiene seguro de salud

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera hospitalaria cubre los servicios hospitalarios pertinentes proporcionados por Kittitas Valley Healthcare dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de la atención médica, incluso los servicios suministrados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** Póngase en contacto por teléfono al (509) 933-7553, por correo o en persona 603 S Chestnut St. (KVH Campus) o 1506 Radio Road (Radio Hill Annex) puede obtener ayuda por cualquier motivo, inclusive asistencia por discapacidad y con el idioma.

### **A fin de que se procese su solicitud, usted debe:**

- Proporcionarnos información sobre su familia**  
Complete la cantidad de miembros que integran su familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- Proporcionarnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia** (ingresos antes de impuestos y deducciones)
- Proporcionar documentación de los ingresos familiares**
- Adjuntar información adicional de ser necesario**
- Firmar y fechar el formulario**

**Nota: Usted no está obligado a proporcionar un número del Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si no proporciona su número del Seguro Social, esto ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números del Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si usted no tiene un número del Seguro Social, indique "no corresponde" o "NC".

**Mande por correo o fax la solicitud complete con toda la documentación a:** KVH Hospital 603 S Chestnut St. (KVH Campus) o 1506 E Radio Hill (Radio Hill Annex). Asegúrese de conservar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud completada personalmente:** Parar en el mostrador de registro 603 S Chestnut St. (KVH Campus) o 1506 E. Radio Road (Radio Hill Annex).

Nosotros notificaremos la determinación final de elegibilidad y derechos de apelación, si procede, dentro de los 14 días de la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de ingresos.

Mediante el envío de una solicitud de ayuda financiera, usted nos da su consentimiento para realizar las investigaciones necesarias para confirmar la obligaciones financieras y de la información.

**Queremos ayudar. ¡Por favor, envíe su solicitud con prontitud!  
Usted puede recibir facturas hasta que recibamos su información.**

## Kittitas Valley Healthcare

### Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

#### INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

#### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Primer nombre del solicitante	Segundo nombre del solicitante	Apellido del solicitante
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del paciente (opcional*)  <small>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</small>
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número del Seguro Social (opcional*)  <small>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</small>
Dirección postal _____ _____		Número(s) de contacto principal(es) ( ) _____ ( ) _____
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico: _____		
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</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 FAMILIAR

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ Adjunte otra hoja de ser necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
		<b>mismo</b>			Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (explicar \_\_\_\_\_)

## Kittitas Valley Healthcare

### Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

#### INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

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

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

**Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 2 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

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

#### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.*

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ ( <i>manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro</i> )		

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

#### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Kittitas Valley Healthcare puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha