Anuncio del Programa de Asistencia Financiera de KVH

Kittitas Valley Healthcare está comprometido a asegurar que nuestros pacientes reciben el cuidado medico que necesitan, independientemente de la capacidad de pagar. Proveer cuidado de salud a quienes no pueden pagar es parte de nuestra misión y la ley estatal exige a los hospitales proporcionar cuidado medico gratis o a un costo reducido a los pacientes elegibles. Usted podría calificar para recibir atención gratuita o con descuento según el tamaño de su familia y los ingresos, incluso si usted ya tiene seguro medico y sin importar su estado inmigratorio.

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

¿Qué cubre la programa? Para situaciones de emergencia y otras servicios del hospital en Kittitas Valley Healthcare ofrecemos atención médica gratuita y ayuda financiera con descuentos de 20%-100% a los pacientes elegibles.

Cómo aplicar: Cualquier paciente puede aplicar para recibir asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud y el entrego de los documentos necesarias para comprobar el tamaño de su familia y ingresos. Si usted tiene preguntas, necesita ayuda o desea recibir un formulario de solicitud o más información, favor de poner en contacto con nosotros:

- Al llegar o salir del hospital;
- Por teléfono: (**509) 933-7553**
- En persona: **603 S Chestnut Street Ellensburg, WA 98926**

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

Otro tipo de asistencia:

Asistencia de cobertura: Usted puede ser elegible para otros programas del gobierno y de la comunidad. Nosotros podemos ayudarle a saber si estos programas (incluyendo Medicaid/Apple Health) 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 o debito, 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 importar si el paciente tiene la capacidad de pagar o es elegible para recibir asistencia financier o no.

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado de salud

Instrucciones del formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera en Kittitas Valley Healthcare.

El estado de Washington requiere que todos los hospitales ofrecen 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 dependiendo del tamaño y los ingresos de su familia, sin importar su estado de inmigracion o si usted ya tiene seguro medico.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera cubre los servicios recibidos por Kittitas Valley Healthcare dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera podría no cubrir todos los costos de los servicios recibidos incluso los servicios recibidos mediante otras organizaciones.
Las farmacias minoristas y las órtesis personalizadas no están cubiertos por el programa de asistencia financiera.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Póngase en contacto por teléfono al (509) 933-7553, por correo o en persona a 603 S Chestnut Street Ellensburg, WA 98926 puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo asistencia por discapacidad y con el idioma.

Para poder procesar su solicitud, usted debe:

- □ **Entregar información sobre su familia**
  Apuntar todos las personas en su hogar/familia (la familia incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que vivan juntas)
- □ **Entregar información sobre los ingresos mensuales de todos en su familia** (ingresos antes de impuestos y deducciones)
- □ **Adjuntar información adicional si es necesario**
- □ **Firmar y fechar su solicitud**

Nota: Usted no está obligado a entregar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera. 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“. No es requisito tener un seguro social para aplicar ni recibir asistencia financier.

Mande por correo o fax la solicitud completada con toda la documentación a: KVH Hospital 603 S Chestnut St. (KVH Campus). Asegúrese de aguardar una copia de todo para usted.

Para presentar su solicitud completada personalmente: Parar en el mostrador de registro 603 S Chestnut St. (KVH Campus).

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

Mediante el envío de una solicitud de ayuda financiera, usted nos esta dando permiso para verificar todo la obligaciones financieras y de la información que nos he entregado.

Kittitas Valley Healthcare
Your Home for Health

KVH Programa de Asistencia Financiera
2026 Tabla de tarifas

nivel de necesidad*	En o debajo de 200%	201-250%	251-300%	301-400%
tamaño de la familia	Descuento			
	100%	75%	50%	0%
1	$0 - $31,920.00	$31,921.00 - $39,900.00	$39,901.00 - $47,880.00	$47,881.00 y mas
2	$0 - $43,280.00	$43,281.00 - $54,100.00	$54,101.00 - $64,920.00	$64,921.00 y mas
3	$0 - $54,640.00	$54,641.00 - $68,300.00	$68,301.00 - $81,960.00	$81,961.00 y mas
4	$0 - $66,000.00	$66,001.00 - $82,500.00	$82,501.00 - $99,000.00	$99,001.00 y mas
5	$0 - $77,360.00	$76,361.00 - $96,700.00	$96,700.00 - $116,040.00	$116,041.00 y mas
6	$0 - $88,720.00	$88,721.00 - $110,900.00	$110,901.00 - $133,080.00	$133,081.00 y mas
7	$0 - $100,080.00	$100,081.00 - $125,100.00	$125,101.00 - $150,120.00	$150,121.00 y mas
8	$0 - $111,440.00	$111,441.00 - $139,300.00	$139,301.00 - $167,160.00	$167,161.00 y mas
por cada persona adicional agrega:	$11,360.00	$14,200.00	$17,040.00	$24,840.00

Queremos ayudar. ¡Por favor, envíe su solicitud lo mas pronto possible!
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? □ **Sí** □ **No** *Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:*
¿El paciente ha solicitado Medicaid? □ **Sí** □ **No** *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? □ **Sí** □ **No**
¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? (Homeless) □ **Sí** □ **No**
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? □ **Sí** □ **No**

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
□ Hombre □ Mujer □ Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social del paciente (opcional*) **opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales*
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional*) **opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales*
Dirección postal _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Número(s) de contacto principal(es) ( ) _____ ( ) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura □ **Empleado** (fecha de contratación: _____) □ **Desempleado** (tiempo que lleva desempleado:_____) □ **Trabajador independiente** □ **Estudiante** □ **Discapacitado** □ **Jubilado** □ **Otro** (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros de su familia, incluyendo 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?
		mismo			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

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

Debe entregar información sobre los ingresos de todos en 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 entregar sus ingresos. Si no puede entregar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. entregue 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 (*por los ultimos 3 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores o 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 $_____ (*manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro*)

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.

Yo afirmo que la información en este solicitud 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 recibidos.

_____ _____

Firma de la persona que presenta la solicitud Fecha