

Formulario de Solicitud de Dificultad

Central Oregon Pediatric Associates está comprometido a ofrecer asistencia financiera a familias que tienen necesidades de salud y no pueden pagar por cuidado. Pacientes deben utilizar todos otros recursos, como aplicar con The Children's Health Insurance Program, antes de que asistencia financiera sea considerada. Elegibilidad para asistencia está basado sobre ingresos brutos totales (cuánto gana antes de impuestos), y el número de dependientes en la familia. Personas que tienen situaciones inusuales pueden recibir consideración adicional.

Para que su aplicación sea procesada, usted debe:

- Proveernos información sobre su familia. Llene el número de familiares en su casa (familia incluye gente relacionada por nacimiento, matrimonio, o adopción y viven juntos)
- Proveernos información sobre los ingresos brutos mensuales de la familia (ingresos antes de impuestos y
- Proveer documentación sobre ingresos familiares y gastos
- Adjuntar información adicional si es necesario
- Apunte la fecha y firme el formulario`

Tome en nota: No tiene que proveer un número de Seguro Social para aplicar por asistencia financiera. Si nos provee su número de Seguro Social ayudara a apurar el procedimiento de su aplicación. Números de Seguro Social se usan para verificar información que nos provee. Si usted no tiene un número de Seguro Social, por favor marque "no aplicable" o "NA."

Envíe por correo o deje la aplicación llenada con toda la documentación a: COPA, 2200 NE Professional Ct, Bend, Oregon 97701.

*Asegure de quedarse con una copia para usted.

Le notificaremos de la determinación final después de recibir la aplicación de asistencia financiera completada, incluyendo documentación de ingresos.

Al entregar la aplicación para asistencia financiera, usted da su consentimiento para que podamos hacer las necesarias preguntas adicionales para confirmar obligaciones financieras e información.

**"Queremos ayudar. ¡Por favor entregue su aplicación rápidamente!
Usted continuara recibiendo cuentas hasta que recibamos su información."**



Central Oregon Pediatric Associates
2200 NE Professional Ct
Bend, Oregon 97701
P (541) 389-6313 F (541) 322-0064

Formulario de Solicitud de Dificultad

Por favor llene toda la información completamente. Si algo no aplica, escriba "NA." Adjunte hojas adicionales si es necesario.

INFORMACION PARA REVISION

¿Necesita un intérprete?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	Si necesita interprete, apunte el idioma preferido: <input type="text"/>
¿El paciente ha solicitado Medicaid?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	*Puede ser necesario que se solicite antes de ser considerado para la asistencia financiera
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Comida Básica, o WIC?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
El paciente está sin hogar?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
¿La necesidad de atención medica del paciente es relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

- Nosotros no podemos garantizar que usted calificará para asistencia financiera, aunque aplique.
- Información en su aplicación puede ser verificada y podríamos pedir información adicional o prueba de ingresos.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Apellido(s) Legales		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal		<input type="checkbox"/> Varón
						<input type="checkbox"/> Hembra
						<input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento:	Numero De Seguro Social	- - - - -		Correo Electrónico:		
Domicilio:		Números Primarios de Contacto:			Estatus De Empleo:	
Calle:		Celular: () - - - - -			<input type="checkbox"/> Empleado – Fecha de contratación	
		Casa: () - - - - -			<input type="checkbox"/> Cuentapropista <input type="checkbox"/> Jubilado	
		¿Podemos dejar mensaje de voz detallado?			<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Deshabilitad	
		<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> Otro: _____	
		<input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Desempleado (Cuanto Tiempo: _____)	
Ciudad	Estado	Código Postal				

INFORMACION DE LA FAMILIA

Apunte miembros de la familia en su hogar, incluyéndose usted. "Familia" incluye el paciente, persona responsable, pareja, hijos naturales o adoptados con menos de 18 años, y cónyuge si juntos tienen hijos biológicos o adoptados con menos de 18 años de edad.

Numero de familiares		*Adjunte paginas adicionales si es necesario				
Nombre (Apellido, Primer	Fecha De Naci	Relación al	Si 18 años de edad o	Si 18 años de edad	Aplicando para	Proveedor
Apellido, Primer	Fecha De Naci	Paciente	más: Nombre de	o más: Total de	asistencia	de Seguro
			Empleado(s) o Fuente	ingresos brutos	financiera?	Medico
			de ingresos	mensuales (Antes		
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	

- Sueldos - Desempleo - Cuentapropista – Indemnización Laboral - Deseabilidad – Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)– Manutención de hijos/pareja
- Programa de Estudio a través de Trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación –

INFORMACION SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Usted tiene que incluir comprobante de ingresos con su aplicación.

financiera.

Todos los familiares de 18 años o más tienen que divulgar sus ingresos. Si no pueden proveer documentación, se puede entregar una declaración escrita describiendo sus ingresos. Por favor provea por cada fuente de ingresos que identifique.

Ejemplos de comprobante de ingresos incluyen:

- Formulario "W-2" con declaración de retención; o
- Talones de cheques actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos de ingresos del año pasado, incluyendo calendarios si aplica; o
- Declaración escrita y firmada por empleador(es) u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad por Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad por subsidio de desempleo.

INFORMACION SOBRE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen completa de su situación económica.

Gastos Mensuales De Su Hogar:

- | | | | |
|------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|----------|
| • Renta/Pago de Casa Mensual | \$ _____ | • Gastos Médicos | \$ _____ |
| • Prima de Segura Medico | \$ _____ | • Utilidades | \$ _____ |
| • Otras(os) Deudas/Gastos | \$ _____ | (Manutención, prestamos, medico/medicamentos, otros etc) | |

INFORMACION ADICIONAL

Favor de incluir cualquier otra información o circunstancias atenuantes abajo:

ACUERDO DEL PACIENTE

Yo afirmo que la información arriba es cierto y correcto a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si la información que doy es determinada que es falso, el resultado puede ser negación de asistencia financiera, y puede ser que yo sea responsable por y que se espere que yo pague por servicios proveados.

Firma de Solicitante

Nombre Escrito

Fecha

Solo para leer. No para usar

L 6

Solo para leer. No para usar