

Política de Asistencia Financiera

La Asistencia financiera está destinada a aquellos pacientes que por razones económicas y financieras no pueden cumplir con los requisitos de la política de cobranza de West River Health Services. La asistencia financiera es el pago de último recurso. Si tiene alguna pregunta o desea solicitar una solicitud, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al (701) 567-6156. También puede obtener una solicitud o copia de la política completa en línea en <https://www.wrhs.com/patients-visitors/financial-assistance.html>.

- Todos los pacientes, independientemente de la cobertura del seguro, pueden ser aprobados para recibir asistencia financiera.
- La asistencia se determina en función de los ingresos del hogar. Los descuentos de asistencia financiera pueden ser del 40%, 60%, 80% o 100% de los cargos totales. Se requiere comprobante de ingresos de todos los miembros que trabajan del hogar.
- Las solicitudes del Programa de Asistencia Financiera cubren saldos pendientes de pacientes durante ocho (8) meses antes de la fecha de solicitud y cualquier saldo incurrido dentro de los 6 meses posteriores a la fecha aprobada. Los descuentos de asistencia financiera están limitados a \$ 25,000 por hogar dentro de un período de 12 meses.
- La asistencia financiera no es aplicable si los cargos son el resultado de un procedimiento electivo.
- Una vez aprobada para recibir asistencia financiera, se debe presentar una solicitud cada 6 meses para recibir asistencia continua.
- Si se rechaza una solicitud de Asistencia Financiera, se puede presentar una solicitud en cualquier momento en el futuro si la situación financiera del hogar cambia.
- Si la asistencia financiera se aprueba a menos del 100%, se deben hacer arreglos de pago para el saldo adeudado del paciente.



Requisitos de documentos de asistencia financiera

Gracias por considerar nuestro programa de asistencia financiera. Además de la solicitud, envíe la siguiente documentación requerida:

- **Copia de mi / nuestra declaración de impuestos del último año (Formulario 4506-T firmado si no hay declaraciones de impuestos) O copias de mis / nuestros recibos de pago de los últimos tres meses y verificación de los beneficios del Seguro Social**
- **Copias de mis / nuestros últimos estados de cuenta bancarios de tres meses (todas las páginas)**
- **Manutención de los hijos o cualquier ayuda fuera del hogar.**
- **divulgación de información**
- **Copia de mi / nuestra carta de aceptación / rechazo de Medicaid.**

Una vez que tengamos la información solicitada, podremos informarle si es elegible y / o qué tipo de plan podemos ofrecerle. Cuanto antes nos lo devuelva, mejor. Puede enviarnos la información por fax, correo electrónico o correo electrónico. Asegúrese de enviar su solicitud dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de este paquete. Si no puede completar la solicitud en dos semanas, llámenos para analizar sus opciones. Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos.

Gracias,

Consejeros financieros

Servicios de salud de West River

Directo: (701) 567-6156

Fax: (701) 567-6369

Envíe toda la información de la solicitud a esta dirección:

West River Health Services
Attn: Financial Counselors
1000 Highway 12
Hettinger, ND 58639



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El nombre del solicitante: _____

Nombre del cosolicitante: _____

Habla a: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de seguro social del solicitante: _____

Número de seguro social del cosolicitante: _____

Número de teléfono de casa: _____

Número (s) de teléfono celular / alternativo: _____

Número de miembros en el hogar: _____

Empleador del solicitante (nombre y número de teléfono): _____

Empleador del cosolicitante (nombre y número de teléfono): _____

Yo / Nosotros certificamos que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, presentaré / solicitaré cualquier asistencia, que puede estar disponible para el pago de los cargos de mi hospital / clínica, y tomaré / tomará cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaremos o pagaremos al hospital / clínica la cantidad recuperado.

Yo / Nosotros entendemos que esta solicitud se realiza para que West River Health Services pueda juzgar mi elegibilidad para recibir atención de caridad según los criterios establecidos en el archivo del hospital / clínica.

Yo / Nosotros hemos adjuntado la siguiente documentación requerida:

- **Copia de mi / nuestra declaración de impuestos del último año (Formulario 4506-T firmado si no hay declaraciones de impuestos) O copias de mis / nuestros recibos de pago de los últimos tres meses y verificación de los beneficios del Seguro Social**
- **Copias de mis / nuestros últimos estados de cuenta bancarios de tres meses (todas las páginas)**
- **Manutención de los hijos o cualquier asistencia fuera del hogar**
- **divulgación de información**
- **Copia de mi / nuestra carta de aceptación / rechazo de Medicaid.**

Yo / Nosotros afirmamos que la información que figura en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo a West River Health Services a investigar cualquier información proporcionada y autorizo a divulgar cualquier información relacionada con los ingresos que West River Health Services considere necesaria para tomar una determinación de elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cosolicitante: _____ Fecha: _____



LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo / Nosotros, _____, por la presente, le autorizo a entregar empleo, seguro, ingresos y extractos bancarios a West River Health Services. Esta información me ayudará a nosotros / nosotros a solicitar asistencia financiera con mis / nuestras facturas del hospital.

Yo/nosotros entendemos que West River Health Services está obligado a mantener toda la información confidencial y que se prohíbe la divulgación de información adicional sin mi / nuestro consentimiento por escrito.

Yo/nosotros somos/somos conscientes de que esta autorización caducará un año después de mi/nuestra firma fechada(s).

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del cosolicitante: _____ **Fecha:** _____