



## Solicitud de Asistencia Financiera

Anexo se encuentra el formulario para procesar su solicitud de asistencia financiera para su(s) cuenta(s) de Columbia Memorial Hospital.

A fin de considerar su solicitud de asistencia financiera, debe firmar y enviar los sig. documentos dentro de 14 días hábiles a la oficina de negocios de Columbia Memorial Hospital (todos los documentos que procedan):

- Formulario llenado por completo 'Solicitud de asistencia financiera'.
- Copias de su declaración de impuestos federales y estatales más reciente.
- Mayoría de talones de cheque de pago de todo los ingresos (últimos 2 meses).
- Estados de cuentas bancarias (últimos 2 meses).
- Carta de beneficios del Seguro Social.
- Carta de rechazo de su solicitud del plan de salud de Oregon Health Plan (OHP).

El hospital tomará en cuenta y verificará los datos de su solicitud. Le avisaremos la decisión dentro de tres días de haber recibido su solicitud llenada por completo junto con los documentos que procedan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a **503-338-7530** o envíenos un mensaje electrónico a **[FinancialCounselor@columbiamemorial.org](mailto:FinancialCounselor@columbiamemorial.org)**.



Columbia Memorial Hospital  
Asesoramiento Financiero, Oficina de Negocios  
2111 Exchange St.  
Astoria, OR 97103  
Teléfono: 503-338-7530  
Correo-e: [FinancialCounselor@columbiamemorial.org](mailto:FinancialCounselor@columbiamemorial.org)

Para obtener más información sobre los servicios,  
visite [www.columbiamemorial.org](http://www.columbiamemorial.org).

M-BR02 SP (REV7/2016) Q:Form

## COLUMBIA MEMORIAL HOSPITAL Solicitud de Asistencia Financiera



Favor de contestar las preguntas a continuación lo más claro y cabal que le sea posible. Toda información será confidencial. Si tiene alguna pregunta, llame al: (503) 338-7530, ó al (1- 800) 962-2407 (sólo en WA/OR). De lunes a viernes, 7:30 a.m. a 6 p.m.

Fecha	Apellido del paciente	Nombre	Inicial 2 <sup>do</sup>	No. de Seguro Social	Fecha de Nac.
No. de cuenta(s) del paciente		Saldo	Compañía de seguro médico		
Domicilio			Teléfono	Desde cuándo	
Cónyuge / padres / guardianes		Domicilio	Teléfono		
Adultos en el hogar con empleo		No. SS	Empleador	Tel. trabajo	Desde cuándo
(1) _____					
(2) _____					

No. total de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Lista de hijos que viven en el hogar:

Primer nombre	Apellido	Edad

INGRESOS DE LOS ADULTOS EN EL HOGAR			
		Persona (1)	Persona (2)
A	Cantidad en cuenta de cheques o de ahorros		
B	Ingreso mensual bruto (adjunte documentos de verificación)		
C	Beneficios / prestaciones de desempleo		
D	Cuánto tiempo ha estado trabajando		
E	Pensiones, Seguro Social (adjunte documentos de verificación)		
F	Pensión alimenticia / manutención de hijos (adjunte docs.)		
G	Ayuda del gobierno, cupones para alimentos (adjunte docs.)		
H	Otro ingreso, fuente y cantidad (adjunte docs.)		

Favor de revisar que ha anotado:  Declaración completa de impuestos Fed. del año anterior.  Comprobantes de ingresos con ganancias del año hasta la fecha (YTD), o talones de cheques de pago de los últimos 2 meses.  Estados de cuenta, últimos 2 meses.

Certifico por medio de éste que los datos mencionados en el presente cuestionario financiero son correctos y completos a mi leal saber y entender. Autorizo a Columbia Memorial Hospital para que, a costo de ellos, hagan una investigación para verificar mi crédito y/o mis bienes. Acepto que el hospital se reserva el derecho de recibir el galardón con motivo de la ayuda financiera llamado 'The Financial Assistance Award' si con fecha posterior se dispone de algún acuerdo de pago por obligación, de cobertura de un seguro, de programas estatales u otros programas gubernamentales de cobertura.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de anotar lo que considera que puede pagar cada mes:  
 \$ \_\_\_\_\_

COLUMBIA MEMORIAL HOSPITAL  
 Oficina de negocios: Solicitud de asistencia financiera