

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA



Esta es una solicitud de ayuda financiera de Wellfound Behavioral Health Hospital.

El Estado de Washington requiere que todos los hospitales proporcionen ayuda financiera a las personas y familias que cumplan con determinados requisitos de ingreso. Es posible que usted califique para recibir atención gratuita o con un costo reducido, en función del tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene un seguro de salud. Wellfound utiliza los Lineamientos Federales de Pobreza para poder determinar qué Programa de Ayuda Financiera se adapta mejor a las necesidades del paciente. Después de completar la evaluación financiera del ingreso del paciente, la factura del paciente se reducirá en un 100%, si su nivel de ingreso está en un 300% o por debajo de los Lineamientos Federales de Pobreza. Si el nivel de ingreso del paciente se encuentra entre 301 y 400 por ciento de los Lineamientos Federales de Pobreza, la factura del paciente se verá reducida de acuerdo con la escala variable que se presenta a continuación.

Nivel de pobreza, hasta		
300%	350%	400%
Descuento de beneficencia		
100%	75%	70%
Responsabilidad del paciente		
0%	25%	30%



¿Qué cubre la ayuda financiera? La ayuda financiera cubre los servicios hospitalarios y clínicos médicamente necesarios proporcionados por Wellfound Behavioral Health Hospital, según su elegibilidad. Quizás la ayuda financiera no cubra todos los costos de atención sanitaria, como los servicios prestados por otras organizaciones. Para obtener información sobre el listado de exclusiones, consulte nuestra Política de Wellfound Behavioral Health Hospital, que se encuentra en nuestro sitio web.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: llame a Facturación de Wellfound al (253) 697-8758 o a Ayuda financiera de Wellfound al (253) 301-5477.

Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y por el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Proporcionarnos información acerca de su familia:** ingrese el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye las personas cuyo parentesco sea por nacimiento, matrimonio o adopción y que conviven con usted).
- Proporcionarnos información acerca de los ingresos brutos mensuales (ingresos antes de las deducciones) de su familia.**
- Proporcionarnos la documentación de los ingresos de la familia.**
- Adjuntar información adicional si es necesario.**
- Firmar y poner la fecha en el formulario.**

Nota: no tiene que proporcionar un número de Seguridad Social para solicitar ayuda financiera. Si proporciona dicho número, nos ayudará a acelerar el proceso de tramitación de su solicitud. Los números de Seguridad Social se usan para verificar la información que nos proporcione. Si usted no tiene un número de Seguridad Social, por favor, marque "N/A (no corresponde)".

Para enviar su solicitud completa con toda la documentación:

- **Por correo:** Wellfound Behavioral Health Hospital: 3402 S. 19th Street, Tacoma WA 98405
- **Por fax:** 253-301-5401
- **Por correo electrónico:** wellfoundbilling@wellfound.org
- **En persona:** lleve una copia impresa de su solicitud de ayuda financiera con toda la información a la entrada principal - recepción de Wellfound

Le notificaremos la determinación final de la elegibilidad y los derechos de apelación, si procede, en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de una solicitud de ayuda financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Estamos aquí para ayudarle. Por favor, envíe su solicitud lo antes posible!
Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.**