

Departamento de servicios comerciales

Solicitud de ayuda por dificultades financieras (FHA)

Envíe el formulario llenado a:

Attention: Customer Service Department
PO Box 3753, Seattle, WA 98124-3753

Instrucciones para solicitar FHA

Paso 1: Complete la información del paciente. Llene la información sobre el paciente en su totalidad.

Paso 2: Llene la información sobre los ingresos. Esto incluye los ingresos de la empresa para la cual trabaja, la ayuda para servicios sociales (cupones para alimentos, Ayuda para Hijos Dependientes [ADC], alivio general, etc.), la ayuda del gobierno (Seguro Social, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos, etc.) y todos los demás ingresos. Si un hijo es mayor de 18 años, se necesita un formulario aparte.

Paso 3: Llene los gastos y las obligaciones mensuales. Esto incluye el pago de una hipoteca, el alquiler, los servicios públicos, los gastos médicos u otros gastos.

Paso 4: Devuelva a la oficina comercial (a la dirección de arriba) por correo o personalmente. Debe tener una firma original en la solicitud y documentación de respaldo.

Para que Optum Care Washington siga las reglas del estado, **cada elemento que usted haya enumerado en el frente de esta solicitud necesitará un comprobante o documentación.** Toda la información se debe devolver dentro de los **30 días** posteriores a la primera solicitud de ayuda financiera. Si no es así, es posible que usted sea responsable de sus gastos.

Los siguientes son el tipo de documentación que se necesita. Marque cada uno para saber cuáles pueden aplicarse a su situación. (Solo copias. No se devolverán los originales).

- Formularios de impuestos del IRS más recientes (1040 o W-2, o presentar prueba de no presentación del IRS) (deben estar firmados) y talones de cheques de los últimos 30 días de todas las personas empleadas en el hogar.
- Talones de cheques de desempleo de los últimos 30 días.
- Tarjeta de identificación con fotografía expedida por el estado o el gobierno federal o licencia de conducir de la persona que presenta la solicitud. Se necesita identificación como protección contra el fraude.
- Comprobante de todos los demás ingresos que haya obtenido en los últimos 30 días (beneficios gubernamentales como SSI o VA, apoyo familiar/manutención del cónyuge, manutención de los hijos, ingresos por inversiones, liquidaciones, etc.).
- Si no tiene ningún tipo de ingresos, incluya una carta sobre su apoyo financiero en este momento.
- Hipoteca, alquiler, servicios públicos y cualquier factura médica pendiente de pago.
- Solicitud de FHA adjunta (completamente llenada y firmada).

• ¿Le han aprobado una ayuda económica en otro hospital o centro médico local en los últimos 6 meses?

• Si es así, indique la institución _____

¿Tiene documentación de la aprobación? Sí No

Confidencial

Paso 1: Llene la información a continuación (consulte el otro lado para ver instrucciones)

Número de registro médico _____ **Número del Seguro Social** _____
(a ser ingresado por FC) _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono residencial _____ **Teléfono celular** _____

Paso 2: Llene la información sobre ingresos/activos

Si no hay ingresos declarados, explique sus medios de subsistencia.

Dependientes que añaden ingresos a los gastos del hogar (descritos a continuación).

Suscriptor y cónyuge/pareja	Edad	Relación con el paciente	Ingresos mensuales brutos (antes de impuestos)

Miembros de la familia (que viven y reciben apoyo en el hogar)	Edad	Relación con el paciente

Paso 3: Llene la información sobre los gastos y las obligaciones mensuales promedio

Hipoteca/alquiler _____ **Cantidad** _____

Total de servicios públicos _____ **Cantidad** _____

Electricidad _____ **Cantidad** _____

Agua _____ **Cantidad** _____

Gas _____ Cantidad _____

Médicos _____ Cantidad _____

Otro _____ Cantidad _____

Si está desempleado, escriba la fecha en que se terminó el empleo _____

¿Tiene Medicaid? Sí No Si respondió Sí, incluya una copia de su tarjeta de Medicaid.

¿Alguna vez solicitó Medicaid? Sí No

Si respondió Sí, indique cuándo y dónde _____

Declaración: La información proporcionada anteriormente es, a mi leal saber y entender, completa, correcta y verdadera. Apruebo la divulgación de toda la información que Optum Care Washington pueda necesitar para decidir si cumplo los requisitos para recibir ayuda financiera a través de su programa de atención a indigentes o de cualquier otro programa de ayuda médica financiado por el gobierno federal o estatal (dependiente del estado). Eso incluye la verificación de mi sueldo o salario, los saldos de las cuentas bancarias que tengo, el valor en efectivo de cualquier póliza de seguro de vida y de las acciones o bonos que poseo, así como el valor de cualquier bien inmueble o personal que poseo o estoy comprando. En caso de que me remitan a un programa de ayuda médica financiado por el gobierno federal o estatal, autorizo a Optum Care Washington a divulgar y obtener toda la información necesaria para determinar si cumplo los requisitos para recibir dicha financiación.

Firma del solicitante _____ Fecha _____



Optum Care Washington

Optum Care Washington es un consultorio propiedad de médicos y dirigido por ellos, con plena autoridad para la toma de decisiones médicas y la atención al paciente a través de sus médicos y otros profesionales con licencia. Optum, a través de sus organizaciones administrativas ("Optum") presta servicios administrativos no clínicos para apoyar a los Consultorios y a sus médicos. Ni Optum ni sus compañías administradoras emplean, contratan ni supervisan a médicos u otros profesionales con licencia; tampoco determinan ni establecen los métodos, las normas o la conducta del ejercicio de la medicina o el ejercicio del juicio médico ni la atención de la salud prestada por los Consultorios ni por ninguno de sus profesionales con licencia.

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad en programas y actividades de salud. Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-425-382-4790, TTY 711, o al 1-206-329-1777, TTY 711. ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición.

Llame al 1-425-382-4790, TTY 711, o 1-206-329-1777, TTY 711. 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：1-425-382-4790, TTY 711，或 1-206-329-1777, TTY 711。

Optum es una marca registrada de Optum, Inc. en los Estados Unidos y en otras jurisdicciones. Todas las demás marcas o nombres de productos son propiedad de sus respectivos titulares. Dado que mejoramos continuamente nuestros productos y servicios, Optum se reserva el derecho de cambiar las especificaciones sin previo aviso. Optum es una empresa que promueve la igualdad de oportunidades.

© 2024 Optum, Inc. Todos los derechos reservados. 24665 10/24