



PORFAVOR LEER ANTES DE CONTINUAR: Si alguna de las circunstancias se aplica a usted, usted no es elegible para asistencia bajo nuestra póliza y no es necesario continuar con su solicitud.

- Si usted tiene un plan Medicare / Medicare Advantage (plan de alto descuento contractual, que hace el miembro no elegible para descuento adicional)
- Si usted es miembro del plan Health Share / Cuota de salud (este tipo de plan no son seguro de salud y no son aceptado por Mt Baker Imaging)
- Si tiene un saldo de cobranza activo en el archivo de collection (requiere resolución con Merchants Credit Association @ 425-643-2613 antes de que se pueda evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Mt. Baker Imaging/Northwest Radiologists ofrece un Programa de asistencia financiera de acuerdo con las pautas federales para las personas que cumplen con ciertos requisitos de ingresos y elegibilidad. Los servicios médicos se brindan a un costo reducido cuando se determina que se han cumplido todos los requisitos de elegibilidad.

Envíe la siguiente información con la Solicitud adjunta, así como la documentación correspondiente que se enumera en la página tres:

- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado.
- Recibos de pago de los últimos tres meses o información YTD para todos los empleadores.
- Si usted no está empleado, por favor provea una copia de las cartas de adjudicación de beneficios tales como ingresos del Seguro Social, beneficios por incapacidad, pensiones, etc.

Por favor lea todos los términos y condiciones contenidos en la solicitud adjunta de asistencia financiera con respecto a los servicios recibidos en Mt. Baker Imaging/Northwest Radiologists. Si determinar solicitar asistencia financiera, por favor complete la solicitud completa y devuélvala a Mt. Baker Imaging. Si hay información adicional que le gustaría que consideramos cuándo revisar su solicitud, por favor envíenosla por escrito para que podamos revisarla con su otra documentación.

Definiciones:

- **Garante** es la persona financieramente responsable de la (s) factura(s).
- **El hogar** se puede definir como uno de los siguientes:
 - Garante
 - Garante y cónyuge
 - Niños del garante/dependientes menores e hijastros hasta los 18 años
- **Un hogar NO** incluye:
 - Compañeros de habitación
 - Miembros de la familia, como tías, tíos, primos, padres, etc.
 - La pareja no casada del garante si no tienen unos niños juntos
 - Niños de la pareja no casada

Esta es una aplicación, no una garantía de asistencia. Su solicitud será considerada una vez que se presente la solicitud. Dentro de los 14 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud completa y la documentación de respaldo, le notificaremos por escrito si califica para recibir asistencia o si se requiere información adicional. Si tiene algunas preguntas, por favor comuníquese con nuestra oficina de negocios al (360) 255-2220.

Por favor envíe por correo, fax o correo electrónico su solicitud completa y la documentación de respaldo a:

Mt Baker Imaging, LLC

Attn: Business Office

PO Box 30650

Bellingham, WA 98228-2650

Fax: (360) 594-4012

Correo electrónico: financiaministancia@nwrads.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente o del garante tal como aparece en la factura: _____

Dirección de Casa: _____
Calle
Ciudad
Estado
Código postal

Dirección postal: _____
 (Si es diferente de arriba)
 Calle
Ciudad
Estado
Código postal

Teléfono (Particular) _____ Teléfono del trabajo _____

Por favor enumere todos los miembros de la familia que viven en este Hogar, incluido usted (como se define en la página uno). Adjunte copias de las renta declaracione(s) de impuestos sobre la renta más recientes y los talones de pago de los últimos tres meses de todos miembros del Hogar de 18 años o más.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos)
1		Paciente		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

VERIFICACIÓN PRELIMINAR

Por favor responda todas las siguientes preguntas para su grupo familiar (consulte las Definiciones en la Página uno).

Proporcione documentación de respaldo para cada Fuente de ingresos identificada. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera elegibilidad. Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede adjuntar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos.

1. ¿Está cubierto por un plan de seguro médico, un plan de salud catastrófico, o un programa de atención medica compartida?
 Sí/¿quién es el pagador _____
 No/no aplica
2. ¿Ha estado empleado este año?
 Sí/proporcione una copia de sus recibos de pago más recientes para TODOS los empleadores que muestren ingresos brutos YTD durante los últimos tres meses.
 No/proporcione una explicación por escrito en la página cuatro.
3. ¿Presentó una declaración de impuestos federales sobre la renta del año pasado?
 Sí/Proporcione una copia de su declaración de impuestos sobre la renta o W-2(s).
 No/proporcione una explicación por escrito en la página cuatro.
4. ¿Trabaja por cuenta propia?
 Sí/proporcione un estado de pérdidas y ganancias de los últimos 12 meses.
 No/no aplica
5. ¿Recibe beneficios del Seguro Social?
 Sí/proporcione un estado de cuenta del Seguro Social que muestre el monto del beneficio.
 No/no aplica
6. ¿Ha cobrado indemnización por desempleo en el año actual?
 Sí/proporcione una copia impresa de su Oficina de Empleo local que muestre la cantidad de todos los beneficios recibidos en el año actual.
 No/no aplica
7. ¿Recibe beneficios de ingresos por discapacidad?
 Sí/proporcione una imprimir copia impresa de Discapacidad que muestre la cantidad de todos los beneficios recibidos en el año actual.
 No/no aplica
8. ¿Recibe Beneficios de Cupones para Alimentos?
 Sí/proporcione una copia de su carta de aprobación de cupones para alimentos actual.
 No/no aplica
9. ¿Recibe manutención de niños o pensión alimenticia?
 Sí/proporcione documentación de respaldo del monto mensual recibida.
 No/no aplica
10. ¿Recibió los servicios debido a un accidente automovilístico (MVA)?
 Sí/si usted o la otra parte tenían seguro MVA, ¿quién es el pagador MVA? _____
 No/no aplica
11. Si no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, por favor proporcione una explicación por escrito en la página cuatro.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Entiendo que los términos y condiciones para recibir asistencia financiera son:

1. Para que se considere oportuno y evitar la progresión del saldo de la cuenta, las solicitud de asistencia financiera deben completarse dentro de los 30 días de su primer estado de cuenta.
2. Por favor tenga en cuenta que las pautas de asistencia financiera para Mt. Baker Imaging y Northwest Radiologists difieren de los ofrecidos por PeaceHealth: su elegibilidad y aprobación para el programa de PeaceHealth Bridge no es garantía de elegibilidad para asistencia financiera o calificación para un nivel de descuento específico con Mt. Baker Imaging o Northwest Radiologists.
3. Si tiene un saldo de cobranza pendiente con nuestra agencias de cobranza, Merchant's Credit Association, cualquier servicio actual no será elegible para nuestro Programa de Asistencia Financiera.
4. Si se aprueba la asistencia financiera, los descuentos se aplican solo a los saldos pendientes y después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de pago. La asistencia financiera es secundario a todas las demás fuentes de pago y, si está asegurado, es posible que su aseguradora ya haya aplicado descuentos contractuales a sus servicios que sean iguales o incluso mayores que el porcentaje de descuento para el que podría ser aprobado. Los descuentos de la aseguradora a sus servicios se contarán para el porcentaje de asistencia financiera que le podrían otorgada. Los pacientes con programas de atención médica compartida deben proporcionar pagos y/o comprobante de falta de pago con la correspondiente explicación de los beneficios. No podemos ajustar el saldo de su cuenta hasta que hayamos recibido los documentos correspondientes.
5. Las cuentas de los pacientes deben mantenerse al día con el pago o los arreglos de pago durante el proceso de solicitud. No se reembolsará ninguna parte de los pagos realizados por el paciente durante este proceso. Esta parte de nuestro *no reembolso* política sin es independientemente de la becha de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera que finalmente se le pueda asignar. Si se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, la fecha de elegibilidad de su programa se indicará claramente en su carta de aprobación.
6. La elegibilidad vence seis meses después del primer día del mes en que se otorga la elegibilidad. Luego, se debe enviar una nueva solicitud y aprobarla para servicios adicionales.
7. Si se solicita información adicional o la solicitud está incompleta, tendrá 14 días para enviar la información requerida o la solicitud se considerará denegada.
8. Los saldos de cuenta de menos de \$25.00 No son elegibles para asistencia financiera.
9. Tras la aprobación, el pago del monto total con descuento debe realizarse al recibir el primer estado de cuenta ajustado. Si no puede pagar el monto total en exceso de \$75.00, el saldo restante puede calificar para la elegibilidad en el programa del Plan de pago.
10. No pagar la totalidad o no establecer un plan de pago dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su primer estado de cuenta ajustado, puede resultar en la reversión de descuento de asistencia financiera y el envío del saldo total a una agencia de cobranzas.
11. Si no tiene seguro y se le niega la asistencia financiera o usted no es elegible, es posible que tenga la oportunidad de calificar para un descuento del 10% de los cargos facturados si se realiza el pago completo del saldo al ser informado que no es elegible para la asistencia financiera programa.
12. Si no tiene seguro y elige pagar la totalidad de su servicio en el momento del registrarse, puede ser elegible para un descuento del 10% por tiempo de servicio. Si en la fecha de su servicio decide pagar su examen y luego se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, su pago no será reembolsado y se respetará la elegibilidad para la asistencia financiera se respetará en el futuro.

Por este medio certifico que la información en la solicitud para asistencia financiera anteriormente descrita, es correcta y completa y de mi total conocimiento, la información proporcionada estará sujeta a verificación por cualquier medio que Mt. Baker Imaging crea necesario. Entiendo que proporcionar información falsa, resultará en la denegación o inversión de la asistencia financiera otorgada y me previene de cualquier elegibilidad de asistencia financiera en el futuro con Mt Baker Imaging/Northwest Radiologists.'

Firma de la persona solicitante

Fecha