



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Consejero Financiero: 855-271-2416

Fax: 253-680-3558

Correo:

TRA Medical Imaging, Attention: Financial Aid

PO Box 1535

Tacoma WA 98401

LA IMAGEN MÉDICA ES UNA NECESIDAD, NO UN LUJO

TRA Medical Imaging está comprometida con el tratamiento de todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Ofrecemos ayuda financiera basada en las Directrices Federales de Pobreza actuales. Para usar este programa, el beneficiario primero debe usar cualquier beneficio médico que tenga, como un seguro privado, Medicare, Medicaid u otro programa de atención médica. Nuestro programa puede cubrir el deducible, el copago o el coseguro, si es elegible, y puede cubrir los cargos de los participantes que no son elegibles para el seguro o que están cubiertos por otro programa de atención médica.

Si está interesado en recibir asistencia financiera, complete esta solicitud y envíela por correo o por fax con los documentos de respaldo al menos 48 horas antes de su cita. Los asesores financieros están disponibles para responder sus preguntas y ayudarlo durante este proceso de solicitud.

Si califica, nuestro programa ofrece:

- Asistencia financiera para los servicios prestados en cualquier centro administrado por TRA
- Tarifas de escala móvil basadas en la elegibilidad de ingresos
- Planes de pago razonables
- Navegación a planes de salud asequibles calificados

ASISTENCIA ASEQUIBLE

Con los cambios nacionales en la atención médica, ahora más personas que nunca son elegibles para un seguro médico subsidiado o de bajo costo. Las personas y familias de ingresos medios y bajos generalmente califican. Si no ha solicitado esta opción, visite su sitio web para obtener más información: www.wahealthplanfinder.org. Nuestro programa de asistencia financiera puede cubrir el deducible o el coseguro de estos planes.

IGUALACIÓN DE SUBVENCIONES DE AYUDA FINANCIERA

TRA Medical Imaging honra las subvenciones de ayuda financiera de ciertas entidades de atención médica. Si otra organización de atención médica le ha otorgado ayuda, es posible que no necesite completar toda la solicitud. En su lugar, envíe una copia de la carta de ayuda actual con esta solicitud y le proporcionaremos asistencia al mismo nivel, si corresponde. Si su ayuda fue otorgada por una organización que no se encuentra en la lista a continuación, contáctenos.

We Honor Grants From:

- Franciscan Health System
- MultiCare Health System
- HealthPoint
- Sea Mar Community Health Centers
- Thurston County Project Access
- Providence and Swedish
- Evergreen Hospital Medical Center
- Capital Medical Center
- Community Health Care
- Overlake Hospital Medical Center
- Seattle Cancer Care Alliance
- UW Medicine /Valley Medical Center
- Virginia Mason

Tiene preguntas o necesita ayuda, llame al número gratuito (855) 271-2416, opción 1.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Complete esta solicitud y devuélvala con los documentos de respaldo a nuestra oficina al menos 48 horas antes de su cita.

1 Información del paciente

Nombre Del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Teléfono de casa _____ Teléfono _____
Dirección _____

2 **¿Tiene seguro médico?** SÍ NO Si marcó "NO," ¿ha solicitado cobertura de seguro a través de un seguro privado o el buscador de planes de salud de Washington? SÍ NO Explique por qué no tiene seguro _____

3 **¿Ha recibido ayuda financiera de otra organización de atención médica?** SÍ NO Si marcó "SÍ", salte al paso 7 de esta solicitud. Además de la solicitud firmada, proporcione una copia de la carta de determinación actual de la otra organización en lugar de una solicitud completa.

4 **Cónyuge o padre (si el solicitante es menor de edad/dependiente) Nombre** _____
Teléfono de casa _____ Teléfono _____
Dirección _____

5 Incluya los talones de pago más recientes de usted y su familia, W2, y otros estados de ingresos junto con esta solicitud

| Ingreso (totales mensuales) | Paciente | Otro ingreso familiar |
|---|----------|-----------------------|
| Salarios | | |
| Trabajo independiente | | |
| Asistencia pública | | |
| Indemnización por desempleo | | |
| Indemnización por accidentes de trabajo | | |
| Pensión del cónyuge | | |
| Manutención de niños | | |
| Pensión o jubilación | | |
| Ingresos por intereses | | |
| Ingresos por alquiler de propiedades | | |
| Otros ingresos | | |
| | | |
| Total de ingresos | | |

Si no hubo ingresos, por favor explique en detalle: _____

6 Enumere todas las personas dependientes en su hogar, incluyendo a su cónyuge o pareja:

| Nombre | Parentesco | Edad | Nombre | Parentesco | Edad |
|--------|------------|------|--------|------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7 La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta puede retrasar o suspender mis beneficios. También puede causar un sobrepago de beneficios que debo reembolsar y puede resultar en multas. Autorizo a TRA Medical Imaging a verificar cualquiera de la información anterior y otorgo permiso para su divulgación a TRA Medical Imaging con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Juro bajo pena de perjurio que he dado información verdadera y completa.

Firma _____ Fecha _____