



557 W. WASHINGTON • BURNS, OR 97720 • 541-573-7281 • www.harneydh.com

**Solicitud de Descuento de Tarifa Deslizante /  
Ayuda Financiera**

Es la política de Harney District Hospital proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información y regrese al Consejero Financiero para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en este hospital, pero no a aquellos servicios que se adquieran desde el exterior, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación del estudio de imágenes por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del jefe de hogar		Lugar de empleo		
Cónyuge		Lugar de empleo		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

**Indique el cónyuge y los dependientes menores de 18 años**

Nombre	fecha de nacimiento	Nombre	fecha de nacimiento
Yo		Familiar dependiente	
Cónyuge		Familiar dependiente	
Familiar dependiente		Familiar dependiente	
Familiar dependiente		Familiar dependiente	

### Ingreso Anual del Hogar

Fuente	Yo	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, seguridad social, ingresos por seguridad suplementaria, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o jubilación.				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
<b>Ingresos totales</b>				

**NOTA: Se requieren copias de declaraciones de impuestos, talones de pago, estados de cuenta bancarios u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.**

**Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingreso mostrada arriba son correcta.**

Nombre  
(Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### PARA USO ADMINISTRATIVO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Descuento aprobado: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lista de Verificación	Sí	No
Identificación / Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación laboral u otro		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres pagos más recientes u otros		
Seguros: Tarjetas de Seguros		

## ATENCIÓN

Antes de enviar esta solicitud financiera, utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse de haber incluido TODA la documentación necesaria. **Su solicitud no se procesará sin toda la documentación de respaldo.**

Lista de comprobación de la documentación	
	Una copia de su licencia de conducir <u>y</u> una factura familiar.
	Declaración de impuestos del año pasado (no formularios W-2). Todas las páginas por favor. Si está exento de presentar impuestos, explique por qué está exento.
	3 meses de extractos bancarios para cada una de sus cuentas (incluyendo su cónyuge). Todas las páginas de cada declaración son obligatorias.
	4 recientes talones de pago (Incluyendo usted y su cónyuge).
	Verificación de cualquier asistencia que esté recibiendo (tales como estampillas de comida, asistencia energética o asistencia de vivienda).
	Una copia de los ingresos por discapacidad para cualquier miembro del hogar (si corresponde).
	Una copia de la carta de ingresos del Seguro Social para cualquier miembro del hogar (si corresponde).
	Cartas de cualquier familia o amigos que le están ayudando con dinero o vivienda (esto también incluye a cualquier compañero de cuarto).
	Una declaración escrita de usted que explique claramente su situación viva y financiera actual.
	Una copia de su seguro de salud, Oregon Health Plan, CCO seguro para cualquier persona en su hogar (si corresponde).

*"Hogar" incluye las siguientes personas que viven en el mismo hogar: Garante; Cónyuge del garante; Hijos de los garantes, dependientes menores y niños de paso (incluidos los niños que viven con los abuelos). Nota: la vivienda, las facturas de servicios públicos, etc. son considerados como apoyo.*

**Por favor comuníquese con nuestra oficina con cualquier pregunta o inquietud al 541-573-8638.**