

ASISTENCIA FINANCIERA EN DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST

LA IMAGEN MÉDICA ES UNA NECESIDAD, NO UN LUJO

Diagnostic Imaging Northwest está comprometido 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 CALIFICA, NUESTRO PROGRAMA OFRECE

- Asistencia financiera para los servicios realizados en cualquier instalación DINW
- 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

Diagnostic Imaging Northwest 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.

CONSEJEROS FINANCIEROS

Teléfono: (253) 680-3485

Fax: (253) 680-3558

Dirección de envío

Diagnostic Imaging Northwest
Attention: Financial Aid
P.O. Box 1535
Tacoma, WA 98401

HONRAMOS SUBVENCIONES DE

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

Comuníquese con nosotros si su ayuda fue otorgada por alguna de las organizaciones mencionadas anteriormente y si tiene preguntas sobre nuestros programas financieros.

dinw.com

Teléfono: (253) 841-4353 | Fax: (253) 680-3558

Solicitud de ayuda financiera

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

1. 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 Washington Healthplanfinder? _____ Sí _____ NO Por favor explique: _____

3. ¿Ha recibido ayuda financiera de otra organización de atención médica? _____ Sí _____ NO
 En caso afirmativo, salte al paso 7 para firmar 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 Del Paciente _____ Teléfono _____
 Teléfono de casa _____ Dirección _____
NUMBER AND STREET CITY, STATE, ZIP

5. Proporcione sus talones de pago más recientes, W2 y otros estados de ingresos.

| Ingresos (totales mensuales) | Paciente | Otros ingresos familiares |
|-----------------------------------|----------|---------------------------|
| Salarios | | |
| Auto-empleo | | |
| Asistencia pública | | |
| Compensacion por desempleo | | |
| Compensación de trabajadores | | |
| Pensión alimenticia | | |
| Manutención de los hijos | | |
| Pensión o jubilación | | |
| Ingresos por intereses | | |
| Renta de la propiedad de alquiler | | |
| Otros ingresos (detalle) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Ingresos totales | | |

Si no hubo ingresos, por favor explique en detalle _____

6. Enumere todos los dependientes en su hogar, incluido su cónyuge

| Nombre | Relación | Edad | Nombre | Relación | Edad |
|--------|----------|------|--------|----------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7. La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. 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 Diagnostic Imaging Northwest a verificar cualquiera de la información anterior y otorgo permiso para su divulgación a Diagnostic Imaging Northwest con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Juro bajo pena de perjurio que he dado información verdadera y completa.

 FIRMA (persona que hace la solicitud)

 FECHA

