

Ayuda financiera *(voltear para la solicitud)*

Las imágenes médicas son una necesidad, no un lujo

Carol Milgard Breast Center tiene el compromiso de ofrecer servicios excepcionales a TODOS los pacientes en nuestra comunidad, independientemente de la capacidad de pago. Una generosa escala gradual de tarifas está disponible para nuestros pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad. En algunos casos es posible que no se apliquen tarifas por los servicios recibidos. En cualquier circunstancia, no postergue su examen de imagenología porque le preocupa el costo.

¿Por qué elegir nuestro centro?

Carol Milgard Breast Center se dedica a brindarle la atención de la más alta calidad a un precio accesible, gracias a los planes de pago flexibles que ofrece y a los médicos certificados que se especializan en imagenología mamaria. Nunca cobramos una tarifa por la institución, que puede elevar el precio de su factura. También comprendemos que algunas pólizas de seguro no cubren todos los tipos de servicios de imagenología. Para garantizarle la atención que necesita, el centro del seno ofrece:

- Precios competitivos
- Descuentos en exámenes en el mismo día
- Planes de pago sin costos de financiamiento ni cargos por intereses
- Una sola factura, con todos los costos de imagenología cotizados por adelantado
- Asistencia financiera para los pacientes elegibles, incluidos los que no son ciudadanos estadounidenses
- Fondos de contrapartida de nuestras organizaciones propietarias, CHI Franciscan y MultiCare Health System

Asistencia financiera en el Carol Milgard Breast Center

Antes de solicitar asistencia financiera en el centro del seno, le recomendamos que primero intente inscribirse en un plan de seguro.

Tenga en cuenta: La calificación para un programa de seguro médico no le impedirá participar en nuestro programa de asistencia financiera. Nuestro programa puede cubrir el deducible o coseguro, si es elegible, y puede cubrir los cargos de los participantes que no son elegibles para el seguro.

Si usted cree que podría ser elegible para recibir asistencia financiera, por favor llene esta Solicitud de Ayuda Financiera y devuélvala al centro del seno, junto con cualquier documento de apoyo, **por lo menos 48 horas antes de su cita. Recuerde que debe llenar toda la solicitud.** Una solicitud incompleta puede acarrear un retraso en la elegibilidad. También puede enviarla por fax al (253) 759-4245 o por correo postal a:

CMBC
Attn: Financial Aid Coordinator
4524 S. 19th St.
Tacoma, WA 98405

Para obtener asistencia con esta solicitud, cotizaciones de exámenes o para establecer un plan de pago, **comuníquese con nuestro Coordinador Financiero llamando al (253) 301-6616, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.** Los servicios de interpretación también están disponibles a través de una llamada en conferencia para pacientes que no hablan inglés.



4525 South 19th Street
Tacoma, WA 98405
(253) 759-2622

Solicitud de Asistencia Financiera para el Carol Milgard Breast Center

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

1. Información del paciente (Patient information)

Nombre del paciente (Patient name) _____ Fecha de nacimiento (Birthdate) ____/____/____ MRN _____
 Teléfono (Home phone) _____ Teléfono celular (Cell phone) _____
 Dirección (Address) _____

2. **¿Tiene seguro médico?** ____ SÍ (YES) ____ 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 (YES) ____ NO Explique por qué no tiene seguro. _____

3. **¿Ha recibido ayuda financiera por parte de alguna entidad perteneciente a MultiCare o CHI Franciscan Health?** ____ SÍ (YES) ____ NO **En caso de responder Sí, vaya 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 documentación de ingreso.**

4. **Cónyuge o padre** (si el solicitante es menor/dependiente) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))
 Nombre (Name) _____ Teléfono celular (Cell phone) _____
 Teléfono (Home phone) _____ Dirección (Address) _____

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) (Income (monthly totals))	Paciente (Patient)	Otro ingreso familiar (Other family income)
Salarios (Wages)		
Trabajo independiente (Self-employment)		
Asistencia pública (Public assistance)		
Indemnización por desempleo (Unemployment compensation)		
Indemnización por accidentes de trabajo (Workers' compensation)		
Pensión del cónyuge (Alimony)		
Manutención de niños (Child support)		
Pensión o jubilación (Pension or retirement)		
Ingresos por intereses (Interest income)		
Ingresos por alquiler de propiedades (Rental property income)		
Otros ingresos (detalle) (Other income (detail))		
Total de ingresos (Total income)		

Si no tuvo ingresos, explíquelo en detalle en una carta. Si alguien más, además de su cónyuge o pareja, está proveyendo para usted, por favor pídale que escriban una carta indicando cómo le ayudan financieramente. La carta también debe incluir la información de contacto de la persona que lo está ayudando.

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

Nombre (Name)	Parentesco (Relationship)	Edad (Age)	Nombre (Name)	Parentesco (Relationship)	Edad (Age)

7. **La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.** Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta puede provocar que los beneficios demoren o no se concedan. También puede ocasionar pagos excedentes de los beneficios que debo devolver y pueden aplicarse multas. Autorizo a Carol Milgard Breast Center a verificar la información anterior y concedo permiso para que se la divulgue a Carol Milgard Breast Center a los fines de determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera. Juro bajo pena de perjurio que he proporcionado información verdadera y completa.

FIRMA (PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD) (SIGNATURE) _____ FECHA (DATE) _____

Esta información es confidencial. Envíe un fax al **(253) 759-4245** o un correo postal a **CMBC, Attention Financial Aid Coordinator, 4525 S. 19th St., Tacoma, WA 98405.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al (253) 301-6616.