

## Proceso de solicitud

- 1 Pida una solicitud llamando a Servicios al Paciente por el 509-436-4020 o en persona en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- 2 Se le podría solicitar documentación financiera de apoyo:
  - Una declaración de retención de ingresos W-2
  - Talones de pago recientes (para todos los adultos con empleo)
  - Una declaración de impuestos del año más recienteFormularios de aprobación o denegación de elegibilidad para asistencia:
  - Formularios de aprobación de compensación por desempleo
  - Declaración por escrito del estado financiero de la unidad familiar
- 3 Confluence Health le notificará a los solicitantes de su determinación final dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud completada. Todos los esfuerzos de cobranza cesarán hasta que se determine la elegibilidad.

*Nuestra misión es mejorar la salud de nuestros pacientes proporcionando atención segura de alta calidad de manera compasiva y económica.*

*Nuestra política es no excluir o negar beneficios a cualquier persona en base a raza, origen nacional, género, orientación sexual, estado civil, incapacidad, edad o ingreso financiero en la admisión a, participación en, o recepción de servicios médicos.*

## Contacto

**Para obtener más información** sobre nuestro Programa de Atención de Caridad o para presentar una Solicitud de Atención de Caridad:

**Llame al:** 509.436.4020 o llame gratis por el at 888.499.4801

**Dirección postal:** Patient Services Dept.  
Confluence Health  
P.O. Box 361  
Wenatchee, WA 98807-0361

**Correo electrónico:** charitycare@confluencehealth.org

**Página web:** confluencehealth.org

### Ubicaciones:

**Confluence Health Hospital | Mares Campus**  
820 N. Chelan Ave., Wenatchee, WA 98801

**Confluence Health | Omak Campus**  
916 Koala Dr., Omak, WA 98841

**Confluence Health | Moses Lake Campus**  
840 E. Hill Ave.  
Moses Lake, WA 98837

# Programa de Atención de Caridad 2025



# ¿Qué es Atención de Caridad?

El Programa de Atención de Caridad de Confluence Health proporciona asistencia financiera para servicios médicos a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad.

# ¿Quién puede solicitar?

Todos los pacientes que buscan servicios médicos en Confluence Health.

**\*Familia:** Un grupo de dos o más personas, relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntos en la misma unidad familiar.

**\*Ingreso:** Ingresos totales en efectivo antes de restar impuestos, derivados de sueldos, salarios, pagos de Welfare/Seguro Social, pagos por huelga, desempleo, beneficios por incapacidad, manutención/pensión alimenticia y ganancias netas de negocios y actividades de inversiones pagadas a la persona.

**\*Monto Generalmente facturado (AGB):** Ningún paciente elegible para asistencia financiera o atención caritativa sera cobrado mas de lo s montos generalmente facturados a pacientes con seguro.

# Factores de elegibilidad

- 1 Individuos, o unidades familiares, que tengan ingreso\* menores del 300% de las Pautas de Pobreza Federales pueden ser elegibles para un descuento entre el 50% al 100% de su(s) saldo(s) elegible(s).
  - 2 Los pacientes/garantes deben explorar, y utilizar, todos los recursos disponibles para pagar por servicios médicos. Esto incluye cobertura de seguro público o privado y patrocinio de terceros (L&I o cobertura contra accidente automovilístico).
- Para ser evaluado para cobertura bajo el programa Washington State Healthcare Exchange (Mercado de Seguros Médicos), favor de comunicarse con nosotros hoy por el 509-665-7947.*
- 3 Los pacientes deben volver a solicitar atención caritativa cada 6 meses para una reevaluación.
  - 4 El programa de atención caritativa de Confluence Health se basa en las Guías Federales de Pobreza y se actualiza anualmente.

# Servicios que califican

## Los cargos elegibles incluyen:

- 1 Servicios que diagnostican, corrigen, curan, alivian o previenen el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan dolor y sufrimiento o resultan en enfermedad o dolencia.
- 2 Servicios profesionales realizados por un médico o proveedor de nivel medio empleado por Confluence Health (debe cumplir con las normas médicas).
- 3 Tarifas de la instalación por servicios realizados en Confluence Health (debe cumplir con las normas médicas).

# Pautas de pobreza federales para Atención de Caridad de Confluence Health

Tamaño del grupo familiar	Rango de ingresos anuales para el hogar				
	200%	250%		300%	
	límite superior	límite inferior	límite superior	límite inferior	límite superior
1	\$31,300	\$31,301	\$39,125	\$39,126	\$46,950
2	\$42,300	\$42,301	\$52,875	\$52,876	\$63,450
3	\$53,300	\$53,301	\$66,625	\$66,626	\$79,950
4	\$64,300	\$64,301	\$80,375	\$80,376	\$96,450
5	\$75,300	\$75,301	\$94,125	\$94,126	\$112,950
6	\$86,300	\$86,301	\$107,875	\$107,876	\$129,450
7	\$97,300	\$97,301	\$121,625	\$121,626	\$145,950
8	\$108,300	\$108,301	\$135,375	\$135,376	\$162,450
9	\$119,300	\$119,301	\$149,125	\$149,126	\$178,950
10	\$130,300	\$130,301	\$162,875	\$162,876	\$195,450
<b>Descuento permitido</b>	<b>100%</b>	<b>75%</b>		<b>50%</b>	

Nota : Para familias con mas de 10 personas, agregue \$5,500.00 por cada persona adicional. Si el inglés no es su lengua materna: Las versiones traducidas del formulario de solicitud, la política de asistencia financiera y este resumen también están disponibles, a pedido, en ruso, ucraniano y español.