



WHATCOM COUNTY FIRE PROTECTION DISTRICT 1

1818 Harrison Avenue
Centralia, WA 98531-1905
Tel: (360) 736-3975 Fax: (360) 330-5573

Individual Written Notice of Financial Assistance

Es la política de Whatcom County Fire Protection District 1 que a ninguna persona se le negará la atención médica de emergencia necesaria debido a la imposibilidad de pagar dichos servicios.

Nuestra práctica cumple con las obligaciones contractuales y legales de los planes de beneficios de salud para cobrar cargos, copagos, coseguros y montos deducibles adeudados por los pacientes. Reconociendo que pueden surgir circunstancias en las que una persona no pueda pagar en su totalidad en el momento del servicio, hemos adoptado una política de examinar las solicitudes de condonación de deudas en función de las circunstancias individuales en relación con las Pautas Federales de Pobreza. Para ello, debemos solicitar cierta información financiera. Toda la información se mantendrá confidencial de acuerdo con nuestra política de privacidad.

Si cree que puede ser elegible para recibir Asistencia Financiera, complete y firme la solicitud **en el reverso de esta página** y proporcione la mayor cantidad posible de los siguientes documentos de respaldo:

1. Copia de los recibos de pago de los últimos 3 meses desde su último lugar de trabajo.
2. Verificación de su situación laboral o de desempleo actual.
3. Una copia de sus formularios W-2 del año anterior.

Envíe por correo su Solicitud Financiera y todos los documentos de respaldo a:

Whatcom County Fire Protection District 1
c/o Systems Design
PO Box 3510
Silverdale, WA 98383-3510

Se le notificará de cualquier reducción en su factura una vez que el Whatcom County Fire Protection District 1 ha revisado su solicitud.

ESTA SECCIÓN SE COMPLETARÁ A MÁS TARDAR AGENCIA DE FACTURACIÓN	
Nombre del paciente:	Fecha del incidente:
Autorizado por Riverside Fire Authority Personal:	
1)	2)
Comentarios	

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Whatcom County Fire Protection District 1

c/o Systems Design West Billing Services
P.O. Box 3510, Silverdale, WA 98383

Teléfono: (360) 394-7010 or (800) 238-9398
Fax: (360) 394-7097

RESPONSABLE		
Nombre:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	Número de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal	¿Cuánto tiempo en esta dirección?
Nombre del empleador (si está empleado, ¿cuánto tiempo?):	Dirección del empleador:	Nº de teléfono de la empresa:
Cargo / Título:	Ingreso Mensual—Bruto:	Ingreso Mensual—Neto:

CÓNYUGE/OTRA PARTE RESPONSABLE		
Nombre:		Número de Seguro Social:
Nombre del empleador (si está empleado, ¿cuánto tiempo?):	Dirección del empleador:	Teléfono de la empresa No.:
Cargo / Título:	Ingresos mensuales—Brutos:	Ingreso mensual: neto:

OTHER QUALIFYING DEPENDENTS	
Número de otros dependientes calificados:	Nombre(s) y Edad(es):

INGRESOS VARIOS POR MES		
FUENTE DE INGRESOS**	IMPORTE (por mes)	COMENTARIOS
Asistencia Pública (por mes)	\$	
Ingresos del Seguro Social (por mes)	\$	
Compensación por desempleo (por mes)	\$	
Compensación del trabajador (por mes)	\$	
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	\$	
Pensiones, Ingresos de Jubilación	\$	
Dividendos, Intereses	\$	
Ahorros/Cuenta de cheques	\$	
Otros Ingresos (Por favor explique)	\$	

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE	
Haz una lista de cualquier otra información que creas que puede influir en una decisión con respecto a tu cuenta:	

<p>**Anote la fuente de sus ingresos que figura y el tipo de documentación que está proporcionando. Ejemplos de documentación que puede usar para respaldar los montos de sus ingresos registrados anteriormente serían: talones de cheques de pago, declaración de impuestos sobre la renta, W-2, carta del empleador, carta de adjudicación de DSHS, VA o carta de determinación de beneficios del Seguro Social, aviso de adjudicación de compensación laboral, verificación de manutención de los hijos a través de una copia del decreto o cheque real de los padres que apoyan.</p>	<p>Al completar este estado financiero, por la presente afirmo que los estados anteriores son correctos y completos, y doy mi consentimiento para una verificación adicional por parte de la Autoridad de Bomberos de Riverside o sus agentes.</p>
Firma	Fecha