

En Willamette Valley Cancer Institute & Research Center, estamos comprometidos en ofrecer un alto nivel de atención al paciente, tanto en la parte clínica como en las áreas administrativas de oncología. Es posible que cumpla con los requisitos para acceder a servicios gratuitos o descuentos. Con esta solicitud, puede tramitar ayuda económica para los servicios brindados exclusivamente por WVCI.

¿Qué abarca la hoja de resumen financiero?

Una vez aprobada la ayuda de WVCI, todos los saldos relacionados con las visitas al consultorio, los laboratorios, los honorarios del cirujano, las radiografías y las radioterapias estarán sujetos a revisión y ajuste. *Los gastos relacionados con medicamentos (tanto de farmacia de infusión como de farmacia minorista) NO son susceptibles de descuento con esta aprobación.*

¿Qué sigue después de la revisión de mi hoja de resumen financiero?

WVCI se compromete a tramitar su hoja de resumen financiero dentro de un plazo razonable (30 días hábiles después de su recepción).

En caso de que la solicitud esté incompleta, le enviaremos por correo una carta a su domicilio solicitando esta información adicional.

¿Con quién me comunico si tengo dudas?

Los asesores financieros de WVCI están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 541-683-5001 para programar su cita. Solicite hablar con el asesor financiero asignado a su centro de atención.

Documentación obligatoria:

- Comprobante de ingresos (3 meses)
- Estados de cuenta bancarios (3 meses)
- Aprobación de asistencia hospitalaria (si cumple con los requisitos)
- Comprobante de gastos (si se solicita)

¿Cómo entrego mi hoja de resumen financiero?

La hoja de resumen financiero completada y la documentación correspondiente se pueden entregar de las siguientes maneras:

1. En persona, con uno de nuestros asesores financieros presenciales.
2. Por correo a la oficina administrativa de WVCI:

WVCI Business Office

A la atención de: Caitlin Carlson
**520 Country Club Rd Eugene,
OR 97401**

3. Por Fax: **832-601-6313**
A la atención de: Financial Counseling

**Ofrecemos esperanza.
Guiamos y acompañamos.
Somos los principales
defensores de nuestros
pacientes.**



Información demográfica

Nombre del paciente:	
N.º de cuenta:	Fecha de nacimiento:
Nombre del solicitante:	
Parentesco con el paciente:	
Domicilio:	
Ciudad:	Estado:
Número de teléfono	

Empleo

Paciente	Cónyuge
Empleador:	Empleador:
Domicilio:	Domicilio:
Tiempo completo/medio tiempo:	Tiempo completo/medio tiempo:
¿Es jubilado/a? Fecha de jubilación:	¿Es jubilado/a? Fecha de jubilación:

Vivienda

¿Renta o tiene casa propia? RENTO CASA PROPIA

¿Tiene alguna otra propiedad inmobiliaria? SÍ NO

<u>Personas que dependen de usted que viven en su casa</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>

Ingresos y gastos

Ingreso mensual

Se necesitan comprobantes de todos los ingresos para completar la solicitud

Paciente	Cónyuge
Sueldos:	Sueldos:
Seguro social:	Seguro social:
Discapacidad:	Discapacidad:
Pensión:	Pensión:
Otro:	Otro:
Total:	Total:
<i>Ingreso total del hogar:</i>	

Gastos mensuales

Renta/Hipoteca:	Transporte:
Servicios - Agua:	Electricidad: Gas:
Teléfono:	Televisión por cable/internet:
Seguro – Auto:	Médico: Otro:
Despensa:	
Medicamentos (que no cubra el seguro):	
<u>Pagos de préstamos (automóvil, estudios, tarjeta de crédito)</u>	
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
Nombre:	Pago:
<i>Gastos totales del hogar:</i>	

Medicaid

¿Ha solicitado los beneficios de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado de su solicitud? _____

Asistencia en instalaciones externas

¿Ha solicitado asistencia de un hospital local? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué hospital? _____

¿Cuál fue el resultado de su solicitud?

Aprobada

Pendiente

Rechazada

Incluya la carta de aprobación en esta solicitud

Para que su solicitud se tramite en tiempo y forma, y para evitar retrasos, adjunte las copias de toda la información necesaria para respaldar sus ingresos y gastos.

Mediante la presente autorizo que Willamette Valley Cancer Institute and Research Center consulte mi historial crediticio a través de una agencia de información crediticia (si es necesario) para verificar la información que proporcioné. Comprendo que esta información se usará únicamente para los propósitos establecidos y NO se facilitará a ningún organismo externo.

Firma: _____ Fecha: _____

Cónyuge/aval: _____ Fecha: _____