

## ¿Por qué elegir Breast Center?

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 por la junta que se especializan en imagenología mamaria. 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 de 12 meses, sin costos de financiamiento ni cargos por intereses
- Una única factura, con todos los costos de imagenología cotizados por adelantado
- Ayuda financiera para los pacientes elegibles
- Subvenciones paralelas de nuestras organizaciones de propietarios

## Las imágenes médicas son una necesidad, no un lujo

Carol Milgard Breast Center tiene el compromiso de tratar a todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago que tengan. Si cree ser elegible para recibir ayuda financiera, complete la solicitud que se proporciona con este folleto y envíela por correo o fax, junto con la documentación de respaldo, a la siguiente dirección:

*Si cree que cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera, llene esta Solicitud de Ayuda Financiera y devuélvala al centro del seno, junto con cualquier documentación de respaldo, al menos 48 horas antes de su cita. Tenga en cuenta que debe completar toda la solicitud. Una solicitud incompleta provocará el retraso de la elegibilidad. También puede enviarla por fax al (253) 680-3558 o por correo a la siguiente dirección:*

**TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid**  
PO Box 1535  
Tacoma, WA 98401  
(253) 680-3558

*Carol Milgard Breast Center concede subsidios de MultiCare Health System y Franciscan Health System.*

*Si no tiene seguro médico y es un hombre de cualquier edad o una mujer de 34 años o menos con síntomas de enfermedad de los senos, pregunte por nuestro Programa **First Look Voucher**. Para informarse, comuníquese con un asesor financiero al **(253) 680-3485** o visite nuestro sitio web.*

*Para obtener ayuda con esta solicitud, presupuestos de exámenes o para establecer un plan de pagos, comuníquese con un asesor financiero llamando al (253) 680-3485, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. También se ofrecen servicios de interpretación por conferencia telefónica para pacientes que no hablan inglés.*

Para más información o para una solicitud descargable en PDF, visite:  
[www.carolmilgardbreastcenter.org](http://www.carolmilgardbreastcenter.org)

## Opciones de ayuda financiera



*Estar preparado es importante*

Carol Milgard  
**Breast Center**  
A Franciscan—MultiCare—TRA Collaboration

# Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Aid Application)

Para solicitar asistencia financiera de Carol Milgard Breast Center, llene esta solicitud y envíela con la información de respaldo a nuestra oficina.

## 1. Información del paciente (Patient information)

Nombre del paciente (Patient name) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (Birthdate) \_\_\_\_\_  
Teléfono (Home phone) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone) \_\_\_\_\_  
Dirección (Address) \_\_\_\_\_

2. **¿Ha recibido ayuda financiera por parte de alguna entidad perteneciente a MultiCare Health System o Franciscan Health System?** \_\_\_\_\_ Sí (yes) \_\_\_\_\_ No (no) (owner/grant)  
En caso de responder Sí, vaya al Paso 6 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 completada.

3. **Cónyugo o padre** (si el solicitante es menor/dependiente) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

Nombre del paciente (Name) \_\_\_\_\_  
Teléfono (Home phone) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone) \_\_\_\_\_  
Dirección (Address) \_\_\_\_\_

4. **Incluya junto con esta solicitud los talones de pago de los últimos 3 meses, el formulario W2 y otras declaraciones de ingresos.**

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)		
<b>Total de ingresos (Total income)</b>		

Si no tiene ingresos, explique detalladamente (If there was no income, please explain in detail) \_\_\_\_\_

5. **Enumere todas las personas dependientes en su hogar, incluso su cónyuge (dependents)**

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

6. **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 REALIZA LA SOLICITUD) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST)) \_\_\_\_\_

FECHA (DATE) \_\_\_\_\_

Esta información es confidencial. Enviar por fax al (253) 680-3558 o por correo a: **TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401.** Si tiene preguntas o necesita asistencia, comuníquese con el asesor financiero llamando al (253) 680-3485.