



Formulario de solicitud de ayuda económica

Solo complete este formulario si hemos tomado la decisión de su elegibilidad para recibir ayuda económica en base a la solicitud de ayuda económica que completó y los documentos de respaldo que proveyó.

Información del paciente			
Apellido del paciente	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de expediente (si lo sabe)
Información familiar			
Enumere los familiares que hayan solicitado ayuda económica.			
Nombres y fechas de nacimiento:			
Información de la apelación			
¿En qué parte de la solicitud considera que estamos equivocados en base a nuestra política de ayuda económica?			
<input type="checkbox"/> La manera en que se calcularon los ingresos			
<input type="checkbox"/> Tamaño del hogar			
<input type="checkbox"/> Residencia			
<input type="checkbox"/> Otro _____			
Puede localizar la política de ayuda económica de OHSU Health en: www.ohsu.edu/financial-assistance			
Escriba enseguida por qué piensa que fue incorrecta la decisión de la ayuda económica. Asegúrese de incluir cualesquiera documentos que respalden su punto de vista.			
Devuelva este formulario y los documentos de apoyo a:			
Dirección postal: OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	Fax: 503-418-2377	Correo electrónico: sfr@ohsu.edu	

¿Preguntas sobre este formulario? Llame al 503-494-8551 para pedir ayuda.

Una vez que recibamos su apelación, le responderemos en un periodo de 3 semanas. Pudiera ser que necesitemos pedirle más información antes de que tomemos una decisión.