

Fecha: _____

Para (*Nombre de la agencia de cobranza*):

Domicilio:

Asunto: Alto a la cobranza pendiente la determinación de Atención Médica Caritativa

Su nombre: _____

Número de cuenta _____

Acreeador original (*nombre del hospital de donde es la factura*):

Recibí su carta con fecha de _____
sobre una factura de (*nombre del hospital*):

Apliqué para recibir Atención Médica Caritativa para pagar esta factura. Estoy esperando la decisión del hospital sobre mi solicitud. La ley requiere que ustedes paren la acción de cobranza hasta que el hospital decida sobre mi solicitud. Ver WAC 246-453-020.

Date: _____

To (*Name of collection agency*):

Address:

Re: Stop collection pending Charity Care determination

Your name: _____

Account # _____

Original creditor (*name of the hospital that the bill is for*):

I received your letter dated _____
for a bill from (*name of hospital*):

I've applied for Charity Care to pay for this bill. I'm waiting for the hospital's decision on my application. The law requires you to stop collection activity until the hospital decides on my application. See WAC 246-453-020.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre en letra de molde

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Número de teléfono / correo electrónico -
opcional

Sincerely,

← Signature

← Print name

← Street address

← City, state and zip

← Phone number / Email - optional