

Cómo Presentar una Defensa de “Atención Caritativa” a una Demanda por Cobro de Deuda de un Hospital

Introducción

Este paquete es para ayudarle al ser demandado por servicios médicos prestados por un hospital que usted no adeudaría si el hospital hubiese determinado correctamente su elegibilidad para “Atención Caritativa” (“Charity Care”). Si a usted lo están demandando por deudas con el hospital y por otras deudas no relacionadas al hospital, lea también nuestra otra publicación titulada [Cómo responder a una demanda por cobranza de deudas](#).

◆ Este paquete no sustituye la representación real de un abogado. Siempre trate de consultar con un abogado o de contratar uno antes de responder documentación.

Use este paquete con nuestra publicación [“Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales](#), que puede conseguir en el Proyecto de Justicia del Noroeste (Northwest Justice Project) llamando a la línea CLEAR al 1-888-201-1014 o que puede descargar de nuestra página web www.washingtonlawhelp.org. Si usted tiene por lo menos 60 años de edad, por favor llame al 1-888-387-7111.

¿Debo responder a la demanda?

Sí, si piensa que no debe la cantidad demandada ni parte de la misma.

¿Qué pasa si no respondo a la demanda?

Automáticamente ganará el demandante. Darán un fallo a favor del demandante por la cantidad de dinero solicitada en la denuncia, aunque la cantidad sea incorrecta. Aún si el demandante gana, hay límites a lo que puede hacer para cobrar. Lea nuestras publicaciones [Derechos de los Deudores en una Demanda](#) y [Derechos de los Deudores con las Agencias de Cobranza](#).

Ofrecí pagar en cuotas, o no puedo pagar el total de inmediato, o sencillamente no puedo pagar la factura. ¿Se remitirá mi factura a una agencia de cobranza, o me demandarán por factura impaga de hospital?

Sí. Su cuenta puede enviarse a cobranzas o Ud. puede ser demandado si su factura ha vencido. Los hospitales no tienen que aceptar pagos parciales, ni esperar a que pueda pagar por completo, ni postergar demandarlo porque no puede pagar su deuda. Además, los hospitales públicos (no los privados) pueden añadir un “costo de cobranza” de hasta la mitad de la factura del hospital, una vez que remitan su factura a una agencia de cobranza. Nuestra publicación titulada [Derechos de los Deudores con las Agencias de Cobranza](#) explica cómo obtener más información sobre sus cuentas y los cargos que añaden las agencias de cobranza.

Sin embargo, un hospital no puede demandarlo si usted:

- calificó para Atención Caritativa,
- tiene una solicitud pendiente para el programa de Atención Caritativa, o
- está apelando una denegación de Atención Caritativa (nuestra publicación [“Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales](#) contiene mayores detalles).

Además, si el hospital aceptó que Ud. pague en pequeñas cuotas, y usted ha cumplido por completo con este acuerdo, entonces Ud. tiene un sólido argumento que el hospital tiene un contrato con usted. De ser así, el hospital no debe remitir su cuenta a una agencia de cobranza ni demandarlo, siempre y cuando usted cumpla con el contrato. Siempre consiga por escrito este tipo de acuerdos.

¿Qué son la citación y la denuncia?

Al entablar una demanda, la persona que empieza el proceso debe preparar una declaración que le diga al juez cuál es el problema y qué es lo que quiere. A esta declaración se le llama DENUNCIA. La persona, empresa o agencia que entabla la demanda se la denomina DEMANDANTE. Si la demanda es en contra de usted, usted es el DEMANDADO. Para que usted tenga conocimiento de la demanda, le deben entregar una copia de la DENUNCIA. También recibirá una CITACIÓN, que le informa que tiene derecho a estar en desacuerdo con la DENUNCIA por escrito. También le notifica de cuánto tiempo dispone para responder a la DENUNCIA y dónde entregar su CONTESTACIÓN.

Si Ud. no le notifica a la corte por escrito que no acepta lo dicho en la DENUNCIA, el juez supondrá que está de acuerdo con la DENUNCIA y normalmente le concederá al DEMANDANTE lo que pide. En otras palabras, el DEMANDADO gana por INCOMPARECENCIA ya que usted no respondió.

Si se anota una SENTENCIA POR INCOMPARECENCIA contra usted en las actas, no es obligatorio notificárselo a usted. Una vez que se dicte SENTENCIA contra usted, el DEMANDANTE podría usar esta sentencia para obtener dinero de su cuenta bancaria o de su sueldo, o tomar algo que sea de su propiedad para pagar la SENTENCIA. Por lo tanto, usted tiene que presentar una CONTESTACIÓN dentro del plazo indicado en la CITACIÓN, que normalmente es veinte días (lea cuidadosamente su CITACIÓN para ver cuál es la fecha límite).

¿Qué es una Contestación?

La CONTESTACIÓN es su respuesta a las declaraciones de la DENUNCIA. A usted se le llama DEMANDADO. Es crítico presentar correctamente una Contestación si no está de acuerdo de que debe el dinero o si no está de acuerdo con la cantidad que el Demandante alega que usted debe. Sin embargo, tenga presente que el presentar una CONTESTACIÓN podría aumentar los costos judiciales y los honorarios de abogado que deberá si pierde el caso.

No es necesario relatar todo lo que pasó ni presentar alegatos legales en la CONTESTACIÓN. Pero sí necesita decir si acepta o no cada declaración de la denuncia. Su Contestación debe estar escrita a máquina, o escrita a mano claramente con letra de molde.

Su CONTESTACIÓN necesita ser clara y legible. Debe indicar si está de acuerdo o no con todas o con algunas de las declaraciones de la DENUNCIA, o si usted no sabe si las declaraciones de la DENUNCIA son ciertas o no. La Contestación también debe estar escrita en papel tamaño de 8 ½ por 11 pulgadas (de éste tamaño). Deje 3 pulgadas de espacio en blanco en la parte superior de la primera página y 1 pulgada de espacio en blanco en los demás márgenes.

◆ Al presentar su CONTESTACIÓN dentro del plazo, mantendrá su derecho a alegar sobre el asunto ante la corte, y a ser notificado del proceso.

Para presentar su CONTESTACIÓN, necesitará el original y dos copias de su CONTESTACIÓN, y debe hacer lo siguiente con estos documentos:

- Debe presentar el original en la corte;
- Debe entregar una copia al abogado del DEMANDANTE. Su dirección normalmente está impresa en la CITACIÓN Y DENUNCIA, en la esquina inferior derecha. Si el demandante se representa a sí mismo, sin abogado, esta copia la envía directamente al DEMANDANTE. Pida en la secretaría del juzgado que timbren esta copia, y entréguela al abogado del DEMANDANTE. Pida a quien le reciba la Contestación que anote la fecha y hora en que la reciben en la copia con la que usted se va a quedar; y
- Guarde una copia para sí mismo.

Instrucciones para Completar la Contestación

TÍTULO

Mire su CITACIÓN y DENUNCIA. Verá que tienen un encabezado con la información del caso. Esto es lo que se denomina título. A todo documento de la corte, incluso la CITACIÓN, DENUNCIA y su CONTESTACIÓN, se les llama “escritos de alegatos”. Todos los escritos usan este mismo tipo de título.

Este es el aspecto del título:

EN EL TRIBUNAL _____ DEL ESTADO DE WASHINGTON
EN Y PARA EL CONDADO DE _____

(NOMBRE DE SU Oponente),)
)
) No. _____
)
 Demandante,)
)
) CONTESTACIÓN
 vs.)
)
)
 (NOMBRE DE USTED),)
)
)
 Demandado.)
)
)

El renglón superior indica el nombre de la corte, estado y condado. Ejemplo: “Tribunal de Distrito de Washington para el Condado de Pierce” o “En el Tribunal Superior del Estado de Washington, en y para el Condado de Pierce”

A mano izquierda se identifica a las partes de la acción. A la derecha se indica el número asignado al caso por la Secretaría de la Corte (para poder archivarlo debidamente) y el título del escrito en particular.

◆ Si los documentos que recibió no tienen el número de archivo, es posible que el demandante haya decidido entregar los documentos (o hacer NOTIFICACIÓN OFICIAL) a Ud. antes de presentarlos en la corte. La ley permite que se haga esto. Usted igual debe contestar a la DENUNCIA dentro del plazo indicado en la CITACIÓN. Pero no presente su CONTESTACIÓN en la corte todavía. Igual tiene que entregarle una copia al abogado del DEMANDANTE (o directamente al demandante si no tiene abogado). Lea cuidadosamente la CITACIÓN. Contendrá lo que debe hacer.

Cuando prepare su CONTESTACIÓN (este paquete contiene un formulario en blanco que puede usar), complete el título en la parte superior de la hoja. Puede copiar la información necesaria de su CITACIÓN y DENUNCIA. Copie los nombres del DEMANDANTE y del DEMANDADO tal cual aparecen en la CITACIÓN y DENUNCIA, aun si escribieron mal su nombre, o pusieron “Jane Doe” (desconocido) para el nombre suyo o de su cónyuge.

Cuando termine el encabezado de su CONTESTACIÓN, debe parecerse al ejemplo de arriba, pero con los espacios en blanco debidamente llenados. Ver el “Ejemplo de CONTESTACIÓN” anexo.

ADMISIONES/DENEGACIONES

Después de completar el ENCABEZADO, indique sus respuestas a las declaraciones de la DENUNCIA en el centro de la página. Los párrafos de la DENUNCIA suelen estar numerados. Debe usar dichos números e indicar una de las siguientes tres cosas para cada párrafo de la Denuncia:

1. Ud. admite que la declaración es verdad (ejemplo: que usted vive en el Condado de Pierce, o que no es miembro de las fuerzas armadas). Admita una declaración únicamente si está de acuerdo con todo lo que dice.
2. Ud. niega que la declaración sea verdad (ejemplo: que usted le debe una cierta cantidad de dinero a la persona nombrada).
3. Ud. escribe que no sabe si la declaración es verdad o no (ejemplo: no sabe si la agencia de cobranza que lo demanda esta acreditada y garantizada. Ud. podría suponer que sí, pero no tiene pruebas de ello ya que jamás ha visto su licencia).

Lea cuidadosamente la DENUNCIA. Asegúrese de contestar brevemente todas las declaraciones que contenga.

Si está completamente en desacuerdo con todo lo dicho en la DENUNCIA, sencillamente puede escribir una sola oración diciendo que niega todos y cada uno de los alegatos de la DENUNCIA. No niegue cosas que Ud. sabe son ciertas.

DEFENSAS

Si piensa que califica o calificaba para el programa de Atención Caritativa para los servicios médicos que recibió en el hospital, y por los que ahora lo demandan, es posible que tenga defensas legales contra la DENUNCIA en base a dicha elegibilidad. Si aún no ha aplicado para Atención Caritativa, hágalo de inmediato. Llene y presente una solicitud en el hospital. Después, envíe o lleve una copia a la secretaría de la corte para que la incluyan en su expediente judicial. Si ya había presentado una solicitud de Atención Caritativa al hospital, y el hospital no la considerado debidamente, adjunte una copia a la CONTESTACIÓN que vaya a presentar.

◆ Nuestra publicación [“Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales](#) contiene más información.

Aún si no cree que la Atención Caritativa es una defensa contra la demanda, puede tener otras defensas legales, tales como el argumento que la ley de prescripción ya venció. Las acciones

judiciales para cobrar deudas tienen un plazo límite llamado “ley de prescripción”. La ley de prescripción generalmente empieza a correr una vez que el acreedor tiene el derecho a demandarlo (ejemplo: un acreedor puede tener derecho a demandarlo la primera vez que usted no cumple con un pago). Una vez que el plazo límite haya vencido, la persona ya no puede cobrarle el dinero y la acción será desestimada. Para presentar éste u otros argumentos legales, obtenga la ayuda de un abogado.

Puesto que en su CONTESTACIÓN usted le va a decir a la corte que tiene una “Defensa Afirmativa”, su CONTESTACIÓN debe indicar por qué cree que califica o calificaba para el programa de Atención Caritativa del hospital. Podría perder su derecho a alegar la “defensa afirmativa” si presenta su CONTESTACIÓN sin manifestarlo claramente. Vea nuestro EJEMPLO DE CONTESTACIÓN al final de ésta publicación. La forma de CONTESTACIÓN nuestra enumera muchas de las defensas afirmativas típicas disponibles para alguien que ha sido demandado pero que no ha sido correctamente considerado para Atención Caritativa. Solamente marque las casillas apropiadas para usar este formulario. Si cree que tiene una defensa que no está en la lista, entonces marque el cuadro “Otra”. Y describa brevemente esa defensa.

CONTRADENUNCIAS

En algunas situaciones, puede ser que usted tenga denuncias que quiera hacer contra el demandante. Usted TIENE que expresar estas denuncias en su CONTESTACIÓN si es que surgen de la misma transacción o incidente por el cual lo está demandando el demandante. Ejemplo: si la agencia de cobranza quebrantó las reglas de las Prácticas Justas en la Cobranza de Deudas (lea nuestra publicación [Derechos de los Deudores con las Agencias de Cobranza](#)), puede que Ud. tenga una reclamación por daños y perjuicios contra el demandante. Para obtener más información sobre contradenuncias, consulte a un abogado. Otro ejemplo: el hospital le debe a Ud. un reembolso de cualquier pago ya hecho, porque usted no debería haber tenido que hacer esos pagos si el hospital hubiera determinado correctamente su elegibilidad para Atención Caritativa.

LA FIRMA

En la parte inferior del lado derecho de la página, ponga la fecha en que firmó su nombre. Debajo de eso, firme su nombre con su firma legal (la que usa para los cheques). Justo debajo de su firma, escriba su nombre a máquina o con letra de molde para que se pueda leer fácilmente. Ponga su dirección debajo de eso. Es posible que necesite poder recibir el envío de otros escritos o documentos de la corte por correo y por mano en esta dirección, así que agregue su domicilio completo con calle y número de casa o apartamento aunque use un apartado postal para recibir correo.

*Haga dos copias de su CONTESTACIÓN original:

- Entregue o envíe o lleve una copia al abogado del DEMANDANTE (si el Demandante no tiene un abogado, la CONTESTACIÓN va a tener que entregarse al Demandante);
- Siempre guarde una copia para sus propios archivos;

- Lleve el original a la secretaría de la corte para que se registre.

Trate de entregar por mano todas sus copias. Si las manda por correo, debe enviarlas por lo menos tres días antes del plazo límite. También, si envía por correo la CONTESTACIÓN, debiera enviar una CONTESTACIÓN por correo regular y una por correo certificado, y pedir recibo de verificación de entrega. La entrega en persona es la mejor: puede hacer que el abogado y la secretaría de la corte le pongan un timbre a su copia mostrando que su CONTESTACIÓN se entregó y se registró.

◆ Tiene que registrar su CONTESTACIÓN dentro del plazo escrito en su CITACIÓN (usualmente veinte días). AUNQUE SI USTED PIENSA QUE YA PASÓ EL PLAZO, TRATE DE REGISTRAR UNA CONTESTACIÓN DE TODAS MANERAS. Una CONTESTACIÓN atrasada puede ser mejor que ninguna CONTESTACIÓN. Si es demasiado tarde, y ya se ha dictado sentencia en su contra, póngase en contacto con un abogado inmediatamente.

Una vez que haya registrado oportunamente su CONTESTACIÓN y la haya notificado oficialmente al abogado del demandante, usted debe recibir notificación de todas las audiencias. **¡NO FALTE A ESTAS AUDIENCIAS!**

Dos cosas más que hay que presentar con la Contestación: Una Notificación de Comparecencia y un Certificado de Notificación Oficial.

NOTIFICACIÓN DE COMPARECENCIA

La Notificación de Comparecencia es un documento que se registra con la corte y que se entrega a la(s) contraparte(s) donde se indica

- que usted quiere participar en el caso y
- dónde se deben enviar documentos sobre el caso en el futuro.

Como usted se está representando a sí mismo, necesita decirle esto a la corte y a la parte contraria y asegurarse que ellos sepan dónde enviarle sus documentos legales.

Al final de ésta publicación hay un ejemplo de una Notificación de Comparecencia y una forma para la Notificación de Comparecencia que usted puede usar.

CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN OFICIAL

Usted tiene que dar a la parte contraria una copia de todos los documentos que usted presente en la corte. Y la corte necesita saber que el abogado que representa a la parte contraria (o si la contraparte no está representada por un abogado, la parte misma) de hecho ha recibido copias de los documentos que usted ha presentado en la corte. Esto se hace mediante presentación en la corte de un Certificado de Notificación Oficial. El Certificado de Notificación Oficial le dice a la corte que a la parte contraria se le han entregado copias de los documentos que usted presentó en la corte. El Certificado también le dice a la corte la manera en que usted hizo entrega de los documentos a la parte contraria. Generalmente, se hace entrega de los

documentos a la parte contraria por mano entregándolos personalmente usted mismo, haciendo que otra persona de 18 años o más y ciudadano de EE.UU. los entregue por mano, o enviándolos por correo.

Se anexa a esta publicación un ejemplo de un Certificado de Notificación Oficial y un formulario de Certificado de Notificación Oficial que usted puede usar (haga copias extras del formulario antes de usarlo). Es obligatorio identificar el tipo de documento legal al que se refiere el Certificado de Notificación Oficial (ejemplo: la Contestación, la Notificación de Comparecencia, etc.).

¿Y Si Necesito Asistencia Legal?

- **Aplique por Internet en CLEAR*Online - <http://nwjustice.org/clear-online>**
o
- **Llame a CLEAR al 1-888-201-1014**

CLEAR es una línea telefónica gratuita en todo el Estado de Washington que ofrece servicios de evaluación, asesoramiento y derivación a personas de bajos ingresos que buscan asistencia legal gratuita para problemas legales civiles.

- **Fuera del Condado de King:** Llame al 1-888-201-1014 en días de semana desde las 9:10 a.m. hasta las 12:25 p.m. CLEAR trabaja con una línea de intérpretes telefónicos para proporcionar intérpretes gratuitos cuando sea necesario. Si usted es sordo o tiene problemas para oír, por favor llame al 1-888-201-1014 por medio de su servicio repetidor TTY o de Video preferido.
- **Condado de King:** Llame al 211 para información y derivación a un proveedor de servicios legales de lunes a viernes entre las 8:00 am – 6:00 pm. O llame al (206) 461-3200, o al teléfono gratuito 1-877-211-WASH (9274). El 211 trabaja con una línea de intérpretes telefónicos para proporcionar intérpretes gratuitos cuando sea necesario. Si usted es sordo o tiene problemas para oír, llame al 1-800-833-6384 o al 711. Será conectado gratuitamente con una operadora repetidora, quien luego le conectará con el 211. También puede encontrar información sobre proveedores de servicios legales en el Condado de King en el sitio web del 211: www.resourcehouse.com/win211/.
- **Si usted tiene 60 años de edad o más:** Llame a CLEAR*Sr. al 1-888-387-7111, sin importar sus ingresos.

Charity Care Defense to a Lawsuit for Hospital Bill Collection (Spanish) - 5910SP

Esta publicación contiene información general sobre sus derechos y responsabilidades. No es su intención reemplazar asesoría legal específica. La información está vigente a la fecha de su impresión, mayo 2012.

© 2012 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014

(Se autoriza su copia y distribución a Alliance for Equal Justice y a individuos con propósitos no comerciales solamente.)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

SAMPLE ANSWER - DO NOT FILE

**DISTRICT COURT OF WASHINGTON
COUNTY OF EVERGREEN**

<u>ABC123 COLLECTIONS</u>)	
Plaintiff,)	<u>No. 99-0000-0</u>
)	
vs.)	
)	ANSWER, AFFIRMATIVE DEFENSES,
)	COUNTERCLAIMS
<u>AMY PATIENT,</u>)	
Defendant.)	
)	

I. ANSWER

Defendant(s) answer the complaint as follows:

- 1) Admit the statements contained in paragraph numbers 1 and 2 except for the following statements: ____

- 2) Deny the statements contained in paragraph numbers 3 and 4 except for the following statements: ____

- 3) Lack knowledge about the truth and therefore deny the statements contained in paragraph numbers 5, 6 and 7.

II. AFFIRMATIVE DEFENSES

(Mark an "X" for all that apply to your case)

1
2 A. The Court has no subject matter jurisdiction over this matter for any or all of the following reasons:

3 1. The LAISSÉZ CARE HOSPITAL (Name of Hospital) failed to comply with any or all of the
4 following Charity Care notice requirements set forth in WAC 246-453-010(16) and 246-453-
020(2), resulting in my not applying for Charity Care coverage at the time hospital-based
5 medical services were provided (I believe that I qualify for Charity Care coverage):

6 X a. The hospital failed to post or prominently display, within the public areas of the
7 hospital, information concerning the availability of Charity Care coverage;

8 X b. At the time the hospital requested information from me about the availability of
9 insurance, it failed to provide me with written information and/or explain how I might obtain
10 Charity Care coverage;

11 _____ c. I am not able to communicate effectively in the English language but the hospital
12 failed to provide me with written information and an explanation of the availability of Charity
13 Care in the language in which I can communicate effectively (if the non-English language is
14 spoken by more than 10% of the population in the hospital's service area), or a qualified
15 interpreter was not provided to explain to me the availability of Charity Care coverage.

16 2. The Laissez Care (Name of Hospital) failed to comply with any or all of the following
17 application requirements set forth in WAC 246-453-020 and 246-453-030, resulting in my
18 being improperly denied Charity Care coverage:

19 X a. The hospital failed to make an initial determination of my eligibility for Charity
20 Care coverage even though I cooperated or was prepared to cooperate fully with its efforts;

21 X b. The hospital failed to make a final determination of my eligibility for Charity
22 Care coverage even though I provided sufficient documentation for it to make such a
23 determination;

24 _____ c. The hospital required so much information and documentation from me that I
became discouraged and was not able to comply with its burdensome application process;

_____ d. I have language, physical, mental, intellectual or sensory limitations which made it
too hard for me to comply with the hospital's application requirements;

_____ e. I have a Charity Care application pending but the hospital is pursuing collection in
violation of the law.

3. _____ The Laissez Care (Name of Hospital) failed to notify me that I had been denied
Charity Care coverage and/or that I had a right to appeal the denial, resulting in my being
improperly denied Charity Care coverage.

B. _____ The Laissez Care (Name of Hospital) considered my application for Charity Care but the
hospital made an erroneous decision. I have attached or will obtain documentation which was
available to the hospital at the time of my application which demonstrates my eligibility for Charity
Care coverage at the time I was denied.

1 C. X Other Defenses (Specify):

2 _____ (1) The debts incurred for these services are the result of an oral contract and it has been more
3 than three (3) years since there has been any payment activity, therefore the statute of limitations
prohibits collection;

4 _____ (2) The debts incurred for these services are the result of a written contract and it has been
5 more than six (6) years since there has been any payment activity, therefore, the statute of limitations
prohibits collection on them;

6 _____ (3) I entered into an agreement with the hospital and/or the Plaintiff to make payments and
7 have complied fully with that agreement, therefore Plaintiff's action should be dismissed; or

8 _____ (4) I have already paid for these bills in full.

9
10 **III. COUNTERCLAIMS [If applicable]**

- 11 1. Plaintiff owes defendant \$1,000 plus the maximum interest permit by statute because: I already
12 paid these bills but was entitled to reimbursement under WAC 246-453-020(11) because these
bills should have been covered by Charity Care.

13 Defendant(s) request that this lawsuit be dismissed and that a judgment be entered against Plaintiff(s) for
any counterclaims, costs, and/or attorney fees.

14 DATED this 5th day of March , 2011.

15 Name: Amy Patient
16 Address: 111 Cherry Lane
 Lang, WA 98600
17 Phone No.: (206)555-1212

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

_____ COURT OF WASHINGTON

COUNTY OF _____

_____,)
)
Plaintiff,)
)
vs.)
)
_____,)
)
Defendant.)
)
)

No. _____

**ANSWER, AFFIRMATIVE DEFENSES,
COUNTERCLAIMS**

I. ANSWER

Defendant(s) answer the complaint as follows:

1) Admit the statements contained in paragraph numbers _____, except for the following statements: _____

2) Deny the statements contained in paragraph numbers _____, except for the following statements: _____

1 _____
2 _____
3 3) Lack knowledge about the truth and therefore deny the statements contained in paragraph numbers: ____
4 _____

5 **II. AFFIRMATIVE DEFENSES**

6 (Check all that apply to your case)

7 A. The Court has no subject matter jurisdiction over this matter for any or all of the following reasons:

8 1. The _____ (Name of Hospital) failed to comply with any or
9 all of the following Charity Care notification requirements set forth in WAC 246-453-
10 010(16) and 246-453-020(2), resulting in my not applying for Charity Care coverage at the
11 time hospital-based medical services were provided (I believe that I qualify for Charity Care
12 coverage):

13 _____ a. The hospital failed to post or prominently display, within the public areas of the
14 hospital, information concerning the availability of Charity Care coverage;

15 _____ b. At the time the hospital requested information from me about the availability of
16 insurance, it failed to provide me with written information and/or explain how I might obtain
17 Charity Care coverage;

18 _____ c. I am not able to communicate effectively in the English language but the hospital
19 failed to provide me with written information and an explanation of the availability of Charity
20 Care in the language in which I can communicate effectively (if the non-English language is
21 spoken by more than 10% of the population in the hospital's service area), or a qualified
22 interpreter was not provided to explain to me the availability of Charity Care coverage.

23 2. The _____ (Name of Hospital) failed to comply with any or all of
24 the following application requirements set forth in WAC 246-453-020 and 246-453-030,
resulting in my being improperly denied Charity Care coverage:

_____ a. The hospital failed to make an initial determination of my eligibility for Charity
Care coverage even though I cooperated or was prepared to cooperate fully with its efforts;

_____ b. The hospital failed to make a final determination of my eligibility for Charity Care
coverage even though I provided sufficient documentation for it to make such a
determination;

_____ c. The hospital required so much information and documentation from me that I
became discouraged and was not able to comply with its burdensome application process;

_____ d. I have language, physical, mental, intellectual or sensory limitations which made it
too hard for me to comply with the hospital's application requirements.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

_____ e. I have a Charity Care application pending but the hospital is pursuing collection in violation of the law.

3. The _____ (Name of Hospital) failed to notify me that I had been denied Charity Care coverage and/or that I had a right to appeal the denial, resulting in my being improperly denied Charity Care coverage.

B. The _____ (Name of Hospital) considered my application for Charity Care but the hospital made an erroneous decision. I have attached or will obtain documentation which was available to the hospital at the time of my application which demonstrates that I was eligible for Charity Care coverage at the time I was denied. Other Defenses (Specify):

III. COUNTERCLAIMS

1) Plaintiff(s) owes defendant \$_____ plus the maximum interest permitted by statute because:

_____ Not applicable;

_____ Defendant paid Plaintiff for hospital-based medical services which should have been paid by Charity Care coverage;

_____ Other (Specify):

1 Defendant(s) request that this lawsuit be dismissed and that a judgment be entered against the plaintiff(s)
2 for any counter-claims, costs, or attorney fees.

3 DATED this _____ day of _____, 20____.

4 _____
Signature

5 _____
Print Name

6 _____
Address:

7 _____
Telephone:

SAMPLE FORM - DO NOT FILE

**DISTRICT COURT OF WASHINGTON
COUNTY OF EVERGREEN**

ABC123 COLLECTIONS,)
Plaintiff,) No. 99-0000-0

vs.)

NOTICE OF APPEARANCE

AMY PATIENT,)
Defendant.)

TO: JOE SCHMOE, Attorney for Plaintiff

AND TO: Clerk of the District Court

YOU AND EACH OF YOU PLEASE TAKE NOTICE that Defendant(s) hereby appears in the above-entitled cause and requests that all further papers and pleadings herein, except original process, be served upon the Defendant at the address stated below, pursuant to Civil Rule 5.

Dated this 5th day of March, 2011.

Amy Patient (Defendant's Signature)

Amy Patient (Print Name)

111 Cherry Lane (Address)

Lang, WA 98600

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

_____ COURT OF WASHINGTON
COUNTY OF _____

_____,)
)
Plaintiff,)
)
vs.)
)
_____,)
)
Defendant.)
)
)

No. _____
NOTICE OF APPEARANCE

TO: _____ Attorney for Plaintiff
AND TO: Clerk of the _____ Court

YOU AND EACH OF YOU PLEASE TAKE NOTICE that Defendant(s)/ Respondent(s) hereby appears in the above-entitled cause and requests that all further papers and pleadings herein, except original process, be served upon the Defendant at the address stated below, pursuant to Civil Rule 5.

Dated this _____ day of _____, 20__.

_____(Defendant's Signature)
_____(Print Name)
_____(Address)

SAMPLE FORM - DO NOT FILE

**DISTRICT COURT OF WASHINGTON
COUNTY OF _____**

ABC123 COLLECTIONS,)
Plaintiff,)

No. 99-0000-0

vs.)

CERTIFICATE OF SERVICE

AMY PATIENT,)
Defendant.)

I certify under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that, on the date(s) stated below, I did the following:

On the 6th day of March, 2011, I hand-delivered a copy of the foregoing

Answer, Affirmative Defenses and Counterclaim and a Notice of Appearance to Attorney Joe Schmoe at the following address:

4444 Smith Building, Metropolis, Washington 98000

AND/OR

On the _____ day of _____, 20____, I mailed a true copy of the foregoing

_____ to _____ at the following
(Name of Paper Served) (Name of Plaintiff or Plaintiff's Attorney)
address: _____

by regular U.S. Mail, postage prepaid.

Dated this _____ day of _____, 20__, in _____ (City),
_____ (State).

Linda Jones
(Signature)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

_____ **COURT OF WASHINGTON**

COUNTY OF _____

_____,)
)
Plaintiff,)
)
vs.)
)
_____,)
)
Defendant.)
)

No. _____

CERTIFICATE OF SERVICE

I certify under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that, on the date(s) stated below, I did the following:

On the _____ day of _____, 20____, I hand-delivered a copy of the foregoing

_____ (Name of Paper Served) to _____

(Name of Plaintiff or Plaintiff's Attorney) at the following address:

_____.

AND/OR

On the _____ day of _____, 20____, I mailed a true copy of the foregoing

_____ (Name of Paper Served) to _____

(Name of Plaintiff or Plaintiff's Attorney) at the following address:

_____.

1 by regular U.S. Mail, postage prepaid.

2 Dated this ___ day of _____, 20__, in _____ (City),
3 _____ (State).

4 _____
(Signature)

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23