

Presentando una Defensa de “Atención Caritativa” a una Demanda de Cobranza de Deuda de un Hospital

¿Debo usar esto?

Puede usar este paquete informativo cuando lo estén demandando para cobrar servicios médicos prestados por un hospital que usted no adeudaría si el hospital hubiese determinado correctamente su elegibilidad para “Atención Caritativa”. Si a usted lo están demandando por deudas con el hospital y por otras deudas no relacionadas con hospitales, 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 hablar con un abogado o de contratar uno antes de responder documentación.

Use este paquete informativo junto con nuestra publicación [“Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales](#). La publicación la puede conseguir:

- llamando a la línea CLEAR al 1-888-201-1014 O
- descargándola del sitio web www.washingtonlawhelp.org.

◆ Si usted tiene 60 años de edad o más, por favor llame al 1-888-387-7111.

¿Debo responder la demanda?

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

¿Y si no respondo la demanda?

El demandante (acreedor) ganará automáticamente. El demandante recibirá una sentencia a favor por lo que pidieron en la demanda, incluso si la cantidad no es la correcta.

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, no puedo pagar el total de inmediato, o no tengo para pagar nada de la factura. ¿Mandarán mi factura a una agencia de cobranza? ¿Me van a demandar por factura impaga de hospital?

Sí. Su cuenta puede enviarse a cobranzas O usted puede ser demandado una vez que su factura esté en mora (atrasada). Los hospitales no tienen que aceptar pagos parciales, esperar el pago total, o postergar demandarlo porque usted no puede pagar su deuda. Los hospitales públicos (no los privados) pueden añadir una “cuota de cobranza” de hasta la mitad de la factura del hospital, una vez que remitan su factura a cobranzas. Nuestra publicación titulada [Derechos de los Deudores con las Agencias de Cobranza](#) explica cómo obtener más información sobre sus facturas y los cargos que añaden las agencias de cobranza.

Un hospital **no** puede demandarlo si usted:

- calificó para Atención Caritativa O
- tiene una solicitud pendiente para Atención Caritativa O
- está apelando una denegación de Atención Caritativa (nuestra publicación [“Atención Caritativa”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en Hospitales](#) contiene más información).

Si el hospital aceptó que Ud. pague en pequeñas cuotas, y usted ha cumplido con este acuerdo, entonces Ud. tiene un buen 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 el Citatorio y la Demanda?

La persona que inicia (registra) una demanda debe preparar una declaración que diga al juez cuál es el problema y qué es lo que quiere. Esta declaración se llama la DEMANDA. La persona, empresa o agencia que inicia la demanda es el DEMANDANTE. Si la demanda es en contra de usted, usted es el DEMANDADO. El DEMANDANTE debe hacer que a usted se le haga entrega de una copia de la DEMANDA para que usted tenga conocimiento de la demanda. También recibirá un CITATORIO diciéndole que usted tiene derecho a indicar su desacuerdo con la DEMANDA por escrito. También le notifica

- cuánto tiempo dispone para responder a la DEMANDA
- dónde entregar su CONTESTACIÓN

Si Ud. no le notifica al juzgado por escrito que no está de acuerdo con lo que dice la

DEMANDA, el juez supondrá que usted sí está de acuerdo con la DEMANDA y normalmente le concederá al DEMANDANTE lo que pide. El DEMANDANTE gana por INCOMPARECENCIA porque usted no respondió.

Si el juez dicta una SENTENCIA POR INCOMPARECENCIA en contra suyo, es posible que a usted no le informen de la sentencia. Una vez que el juez dicte SENTENCIA contra usted, es posible que el DEMANDANTE pueda sacar dinero de su cuenta bancaria o de su sueldo, o tomar algo que sea de su propiedad para pagar la SENTENCIA.

Usted debe presentar una CONTESTACIÓN dentro del plazo indicado en el CITATORIO. Generalmente son veinte días (lea cuidadosamente su CITATORIO para ver cuándo vence el plazo).

¿Qué es una Contestación?

Es su respuesta a lo que se afirma en la DEMANDA. Usted es el DEMANDADO. Usted debe presentar correctamente una Contestación si no está de acuerdo que debe el dinero o con la cantidad que el Demandante alega que usted debe.

◆ Presentar una CONTESTACIÓN podría aumentar los costos judiciales y los honorarios de abogado que adeudará si pierde el caso.

En su CONTESTACIÓN, no es necesario relatar todo lo que pasó ni presentar alegatos legales. Pero **sí** necesita decir si acepta o no cada afirmación en la demanda.

Su CONTESTACIÓN debe estar tipeada, o escrita a mano claramente con letra de molde. Tiene que estar clara y ser legible.

Su CONTESTACIÓN debe indicar si está de acuerdo o no con todas las afirmaciones en la DEMANDA o con algunas de ellas, o si usted no sabe si las afirmaciones en la DEMANDA son verdad.

Su CONTESTACIÓN 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 a tiempo, usted reserva su derecho a disputar el asunto ante el juez, y a ser notificado de mayores procedimientos.

Para presentar su CONTESTACIÓN, necesitará un original y dos copias de su CONTESTACIÓN:

- Presentar el original en el juzgado
- Entregue una copia al abogado del DEMANDANTE. Su dirección

Así se ve el epígrafe:

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

(NOMBRE DE SU Oponente),)
)
 Demandante,)
)
 vs.)
)
 (NOMBRE SUYO),)
)
 Demandado.)

No. _____
 CONTESTACIÓN

normalmente está impresa en el CITATORIO y DEMANDA, en la esquina inferior derecha. Si el demandante se representa a sí mismo, entregue la copia directamente al DEMANDANTE. Haga que en la secretaría del juzgado timbren esta copia. Lleve la copia 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

- Guarde una copia para sí mismo.

Instrucciones para Completar la Contestación

ENCABEZAMIENTO

Mire su CITATORIO y DEMANDA. Tienen un encabezamiento con la información del caso. Esto es lo que se llama “Epígrafe”. Todos los documentos judiciales, incluidos el CITATORIO, la DEMANDA y su CONTESTACIÓN, se llaman “alegatos”. Todos los alegatos usan este mismo tipo de título.

El renglón superior indica el nombre del juzgado, 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 del Juzgado (para poder archivarlo debidamente) y el título del alegato en particular.

◆ Si los documentos que recibió no tienen número de caso, el DEMANDANTE podría haber decidido entregar (o NOTIFICAR OFICIALMENTE) los documentos a Ud. antes de presentarlos en el juzgado. La ley permite esto. Usted igual debe contestar la DEMANDA dentro del plazo indicado en el CITATORIO. Pero no registre su CONTESTACIÓN en el juzgado todavía. Igual tiene que entregar una copia al abogado del DEMANDANTE (o al demandante si no tiene abogado). Su CITATORIO debiera decir lo que debe hacer.

Este paquete contiene una CONTESTACIÓN en blanco que usted puede usar. Llene la información del epígrafe en la parte superior de la hoja. Puede copiar la información de su CITATORIO y DEMANDA. Copie los nombres del DEMANDANTE y del DEMANDADO tal cual aparecen en el CITATORIO y DEMANDA, aún si escribieron mal su nombre, o pusieron “Jane Doe”

(desconocido) para el nombre suyo o de su cónyuge.

Cuando termine el encabezamiento 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

Use el centro de la página para dar sus respuestas a las afirmaciones hechas en la DEMANDA. Los párrafos de la DEMANDA suelen estar numerados. Anote los números y diga una de las siguientes cosas para cada párrafo de la Demanda:

1. Ud. admite que la afirmación es verdad (**ejemplo:** que usted vive en el Condado de Pierce, o que no es miembro de las fuerzas armadas). Admita la afirmación únicamente si está de acuerdo con todo lo que dice.
2. Ud. niega que la afirmación sea verdad (**ejemplo:** que usted adeuda una cierta cantidad de dinero a la persona nombrada).
3. Ud. escribe que no sabe si la afirmación 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. Jamás ha visto su licencia).

Lea cuidadosamente la DEMANDA.

Asegúrese de contestar brevemente todas las afirmaciones que contenga.

Si está completamente en desacuerdo con todo lo dicho en la DEMANDA, sencillamente escriba una sola oración diciendo que niega todos y cada uno de los alegatos en la DEMANDA. **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 por los que ahora lo demandan, su elegibilidad podría ser una defensa legal contra la DEMANDA. Si aún no ha aplicado para Atención Caritativa, hágalo de inmediato. Llene y entregue una solicitud en el hospital. Después, envíe o lleve una copia a la secretaría del juzgado para que la incluyan en su expediente judicial. Si ya había presentado una solicitud de Atención Caritativa que el hospital no ha considerado debidamente, anexe una copia a su CONTESTACIÓN.

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

Aún si usted no cree que la Atención Caritativa sea una defensa contra la demanda, podría 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 vence, la persona ya no puede cobrarle el dinero y el juez desestimaré el caso. Para presentar éste u otros argumentos legales, obtenga la ayuda de un abogado.

Su CONTESTACIÓN es donde usted le dice al juez que tiene una “Defensa Justificativa”.

Usted debe decir en su CONTESTACIÓN por qué cree que califica (o calificaba en ese entonces) para el programa de Atención Caritativa. Podría perder su derecho a alegar su “defensa justificativa” si presenta su CONTESTACIÓN sin decirlo claramente. Vea nuestro EJEMPLO DE CONTESTACIÓN al final de ésta publicación. El formulario de CONTESTACIÓN nuestro contiene muchas de las defensas justificativas típicas disponibles a un DEMANDADO que no ha sido considerado correctamente por el hospital para Atención Caritativa. Marque las casillas correspondientes para usar este formulario. Si cree que tiene una defensa que no está en la lista del formulario, marque la casilla “Otra”. Describa brevemente esa defensa.

CONTRADEMANDAS

Puede ser que usted tenga reclamaciones que quiera hacer contra el demandante. Usted DEBE expresar estas reclamaciones en su CONTESTACIÓN si surgen de la misma transacción o incidente por el cual lo está demandando el demandante. Para más información sobre contrademandas, hable con un abogado.

Ejemplo 1 de una contrademanda: si la agencia de cobranza quebrantó las normas de las Prácticas Justas en la Cobranza de Deudas (lea nuestra publicación [Derechos de los Deudores con las Agencias de Cobranza](#)), podría ser que Ud. tenga una reclamación por daños y perjuicios contra el demandante.

Ejemplo 2: el hospital le debe a Ud. un reembolso de cualquier pago ya hecho por usted. 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, y ponga la fecha en que firma este formulario. Debajo de eso, firme con su firma legal (la que usa para cheques). Debajo de su firma, debe tipear o escribir su nombre con letra de molde para que se pueda leer fácilmente. Anote su dirección debajo de eso. Aunque use un apartado postal para recibir correo, aquí use su dirección completa con calle y número de casa o apartamento. Podría tener que recibir entrega de otros alegatos o documentos judiciales por correo y por mano en esta dirección.

*Haga dos copias de su CONTESTACIÓN original:

- Entregue, envíe, o lleve una copia al abogado del DEMANDANTE. Si el Demandante no tiene un abogado, tendrá que hacer que la CONTESTACIÓN se entregue al Demandante.
- Siempre guarde una copia para sus propios archivos.
- Lleve el original a la secretaría del juzgado para registrarlo.

Trate de entregar por mano todas sus copias. Si las manda por correo, hágalo por lo menos tres días antes que se venza el plazo. Si envía por correo la CONTESTACIÓN, debiera enviar una copia por correo regular y una por correo certificado con verificación de entrega. La entrega por mano es la mejor. Puede hacer que el abogado y la secretaría del juzgado timbren su copia para demostrar que usted entregó y registró su CONTESTACIÓN.

◆ Tiene que registrar su CONTESTACIÓN dentro del plazo escrito en su CITATORIO (generalmente veinte días). INCLUSO SI A LO MEJOR YA PASÓ EL PLAZO, TRATE DE REGISTRAR UNA CONTESTACIÓN DE TODAS MANERAS. Una CONTESTACIÓN atrasada puede ser mejor que ninguna. Si es demasiado tarde, y el juez ya dictó sentencia en su contra, póngase en contacto con un abogado inmediatamente.

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

¿Hay alguna otra cosa que debiera presentar con la Contestación?

Sí. Debiera presentar:

- Un Aviso de Comparecencia
- Un Certificado de Notificación Oficial

El **Aviso de Comparecencia** es un documento que se registra con el juzgado y que se entrega a las otras partes donde se indica:

- que usted quiere tomar parte en el caso Y
- dónde deben enviarle a usted futuros documentos del caso.

◆ Usted debe informar al juzgado y a la parte contraria que usted se está representando a sí mismo. El Aviso de Comparecencia hace esto.

Al final de ésta publicación hay un ejemplo de un Aviso de Comparecencia y un formulario del Aviso de Comparecencia que puede usar.

Certificado de Notificación Oficial: Usted debe dar a la parte contraria una copia de todos los documentos que usted presente en el juzgado. El juzgado también necesita comprobante de que el abogado de la parte contraria (o si la contraparte no está representada por un abogado, la parte misma) ha recibido copias de esos documentos. Su comprobante es registrar en el juzgado un Certificado de Notificación Oficial. El Certificado de Notificación Oficial le dice al juzgado que usted hizo entrega de la documentación, y cómo lo hizo. Por lo general, a la parte contraria se le notifica:

- por mano entregándolos personalmente usted mismo
- haciendo que otra persona de 18 años o más y ciudadano de EE.UU. los entregue por mano
- enviándolos por correo

Anexamos a ésta publicación un ejemplo de Certificado de Notificación Oficial y un formulario de Certificado de Notificación Oficial que usted puede usar (saque copias extras del formulario antes de usarlo). Usted debe identificar el tipo de documento legal al que se refiere el Certificado de Notificación Oficial (**ejemplos:** la

Contestación, el Aviso de Comparecencia, etc.).

¿Y si necesito asistencia legal?

- **Aplique por Internet en [CLEAR*Online](http://nwjustice.org/get-legal-help) - <http://nwjustice.org/get-legal-help>**
 - o
- **Llame a CLEAR al 1-888-201-1014**

CLEAR es una línea telefónica gratuita del Estado de Washington que ofrece servicios centralizados 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 de lunes a viernes desde las 9:10 a.m. hasta las 12:25 p.m. CLEAR trabaja con una línea de intérpretes telefónicos para proporcionar intérpretes gratuitos a las personas que llamen cuando sea necesario. Si usted es sordo o tiene problemas para oír, 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 apropiado de servicios legales de lunes a viernes entre las 8:00 am – 6:00 pm. También puede llamar 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 a las personas que llamen cuando sea necesario. Personas sordas o con problemas para oír, pueden llamar al 1-800-833-6384 o al 711 para ser conectados gratuitamente con una

operadora repetidora, quien luego les conectará con el 211. También puede obtener información sobre proveedores de servicios legales en el Condado de King por medio del sitio web del 211 en www.resourcehouse.com/win211/.

- **Personas de 60 años de edad o más:**
Las personas de 60 años de edad o más pueden llamar a CLEAR*Sr. al 1-888-387-7111, sin importar sus ingresos.

Esta publicación contiene información general sobre sus derechos y responsabilidades. No es su intención reemplazar asesoría legal específica.

Esta información se actualizó por última vez en noviembre del 2014.

© 2014 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014

(Se otorga permiso para su copia y distribución a Alliance for Equal Justice y a individuos sólo para usos no comerciales.)

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

Superior Court of Washington, County of Evergreen

Plaintiff(s):

ABC123 COLLECTIONS

v.

Defendant(s):

AMY PATIENT

No. 99-99999999

ANSWER, AFFIRMATIVE DEFENSES AND
COUNTERCLAIMS

I. ANSWER

Defendant(s) answer the complaint as follows:

- 1) Admit the statements contained in paragraphs 1 and 2 except for the following statements: _____

- 2) Deny the statements contained in paragraphs 3 and 4 except for the following statements: _____

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

II. AFFIRMATIVE DEFENSES

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

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

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

1. The LAISSEZ CARE HOSPITAL (Name of Hospital) failed to comply with any or all of the following Charity Care notice requirements 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 medical services were provided. I believe I qualify for Charity Care coverage:

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

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

_____ c. I cannot communicate effectively in English. The hospital failed to provide me with written information and an explanation of the availability of Charity Care in the language in which I can communicate effectively (if the non-English language is spoken by more than 10% of the population in the hospital's service area), or they did not provide me with a qualified interpreter to explain the availability of Charity Care coverage.

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

X 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;

X 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 unable to comply with its burdensome application process;

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

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

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

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

6 C. Other Defenses (Specify):

7
8 _____ (1)The debts incurred for these services are the result of an oral contract. It has been more than
three years since there has been any payment activity. The statute of limitations prohibits collection;

9 _____ (2) The debts incurred for these services are the result of a written contract. It has been more
10 than six years since there has been any payment activity. The statute of limitations prohibits
collection;

11 _____ (3) I entered into an agreement with the hospital and/or the Plaintiff to make payments and
have complied fully with that agreement. The court should dismiss Plaintiff's action; or

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

13 III. COUNTERCLAIMS [IF APPLICABLE]

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

17 Defendant(s) request that the court dismiss this lawsuit and enter a judgment against Plaintiff(s) for any
18 counterclaims, costs, and/or attorney fees.

19 DATED this 5th day of March, 2014.

20 Name: Amy Patient

21 Address: 111 Cherry Lane

22 LANG, WA 98600

23 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

Superior Court of Washington, County of _____

Plaintiff(s):

No. _____

v.
Defendant(s):

ANSWER, AFFIRMATIVE DEFENSES AND
COUNTERCLAIMS

I. ANSWER

Defendant(s) answer the complaint as follows:

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

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

3) Lack knowledge about the truth and therefore deny the statements in paragraph numbers: _____
_____.

1 **II. AFFIRMATIVE DEFENSES**

2 (Check all that apply to your case)

3
4 A. The Court has no subject matter jurisdiction over this matter for any or all of the following reasons:

5
6 1. The _____ (Name of Hospital) failed to comply with any or
7 all of the following Charity Care notification requirements set forth in WAC 246-453-
8 010(16)and 246-453-020(2). This resulted in my not applying for Charity Care coverage at
9 the time hospital-based medical services were provided (I believe I qualify for Charity Care
10 coverage):

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

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

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

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

24 _____ 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 do so;

_____ c. The hospital required so much information and documentation from me that I
became discouraged and was unable to comply with its burdensome application process;

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

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

_____ e. I have a Charity Care application pending. 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. This resulted in in my being improperly denied Charity Care coverage.

B. The _____ (Name of Hospital) considered my application for Charity Care. It made an erroneous decision. I have attached or will get documentation that was available to the hospital at the time of my application demonstrating that I was eligible for Charity Care coverage at the time they denied me. 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
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

Defendant(s) request that the court dismiss this lawsuit and enter a judgment against the plaintiff(s) for any counter-claims, costs, or attorney fees.

DATED this _____ day of _____, 20____.

Signature

Print Name

Address:

Telephone:

SAMPLE FORM - DO NOT FILE

Superior Court of Washington, County of Evergreen

Plaintiff(s):

ABC123 COLLECTIONS

v.

Defendant(s):

AMY PATIENT

No. 99-99999999

NOTICE OF APPEARANCE

TO: JOE SCHMOE, Attorney for Plaintiff

AND TO: Clerk of the District Court

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, 2014.

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

Superior Court of Washington, County of _____

Plaintiff(s):

No. _____

v.

NOTICE OF APPEARANCE

Defendant(s):

TO: _____ Attorney for Plaintiff

AND TO: Clerk of the _____ Court

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

Superior Court of Washington, County of Evergreen

Plaintiff(s):

ABC123 COLLECTIONS

No. 99-99999999

v.

Defendant(s):

AMY PATIENT

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 6th day of March, 2012, 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

Superior Court of Washington, County of _____

Plaintiff(s):

v.

Defendant(s):

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:

_____.

by regular U.S. Mail, postage prepaid.

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

(Signature)