



555 N. Duke St.
P.O. Box 3555
Lancaster, PA 17604-3555

Date

Name
Address
Address

Guarantor #:

Estimado(a) Name,

Encontrará una copia de la aplicación al programa de Asistencia Financiera de Lancaster General Health en este sobre. El primer paso para determinar si su familia cumple con los requisitos y pueda ser aprobada para recibir asistencia financiera, es llenar esta aplicación. Es muy importante que llene toda la aplicación.

Lancaster General Health mantiene todas las copias de la información del paciente para usarla y determinar las necesidades financieras, así cumplimos con las leyes federales y estatales.

Asegúrese de mandar solo copias de los documentos que se le están pidiendo antes de regresar su aplicación, ya que Lancaster General Health, no le regresará ningún documento original que envíe.

Usted va a continuar recibiendo facturas hasta que su aplicación haya sido procesada. **Por favor, conteste todas las preguntas en la aplicación y envíela de vuelta dentro de los siguientes 14 días. Si no contesta todas las preguntas y no proporciona toda la documentación que se le pide, su aplicación será rechazada.**

Las leyes federales y estatales requieren a todos los proveedores de salud cobrar por los servicios proporcionados mientras al mismo tiempo proporcionan oportunidades de asistencia financiera a los individuos que califiquen. Recuerde que los saldos no pagados se pueden enviar a agencias de cobranza, por lo tanto es importante que envíe su solicitud completa para ser considerada.

Si tiene cualquier pregunta de cómo llenar esta aplicación, por favor póngase en contacto con un asesor financiero llamando al 717-544-1957. También puede encontrar información en nuestra página de internet www.LGHealth.org/Financial-Assistance.

Atentamente,

Equipo de asesoramiento financiero

INTERNAL USE ONLY			
MRN:		CSS:	
GUAR #:		FACILITY:	

APLICACIÓN PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor conteste todas las preguntas. Si no contesta todas las preguntas y no proporciona todos los documentos que se piden, el proceso puede retrasarse y/o su aplicación puede ser rechazada. Contestate escribiendo "N/A" en las preguntas que no apliquen en su caso.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle y número: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudadano de los EUA _____ No ciudadano de los EUA _____ Indocumentado _____

Dependientes:

Por favor escriba el nombre de su esposa(o) y todos sus dependientes menores de 18 años. Los individuos mayores de 18 años viviendo en la misma casa y estén en high school o estén discapacitados deben llenar una aplicación por separado.

¿Está embarazada? Sí _____ No _____

	Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Nombre de la persona asegurada y número de ID
1.		Yo (persona llenando la aplicación)		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Ingreso familiar mensual bruto

Salario bruto (antes de impuestos): _____ Pensiones: _____

Ingreso de Seguro Social: _____ Otra discapacidad: _____

SSI: _____ Ayuda en efectivo: _____

Compensación por desempleo: _____

Compensaciones por accidentes laborales: _____

Manutención Infantil: _____ Manutención conyugal: _____

Otro (por favor explique): _____

Bienes

Liste todas sus cuentas de banco, incluya los números de cuentas y saldos. Incluya todas sus cuentas de cheque, ahorros, cuentas de inversión, fondos de inversión, acciones, y bonos. Escriba cada una por separado.

Banco	Número de cuenta	Saldo

Otros bienes financieros: _____

Verificación de ingresos

Por favor regrese su aplicación junto con los siguientes documentos dentro de los siguientes 14 días. Si no responde a todas las preguntas o no envía todos los documentos que se le piden, su aplicación para recibir asistencia financiera podría ser rechazada.

	Aplicación para solicitar Asistencia Financiera completa y firmada
	Ultima declaración de impuestos incluyendo formularios y documentos respaldando su declaración
	Copias completas de sus recibos de nómina por 1 meses (4 semanas)
	Copias completas de 1 estado bancario de todas sus cuentas (todas las páginas)
	Carta actual de desempleo incluyendo la cantidad semanal que recibe
	Carta Vigente de aprobación del Seguro Social o SSA-1099 vigente
	Carta de manutención infantil y/o conyugal
	Si alguien lo está ayudando con sus necesidades diarias como: <ul style="list-style-type: none">• Proporcionándole alojamiento y comida• Prestándole dinero• Pagando directamente sus gastos• Pagando los gastos por usted Usted y esa persona necesitan llenar una hoja de apoyo en alguna de las oficinas de servicios financieros del paciente. Una está ubicada en Lancaster General Hospital en Duke Street o puede ir a la oficina del Suburban Outpatient Pavilion. Ambos deben traer una identificación válida con foto.
	Otros documentos: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Ayuda en efectivo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación por accidentes laborales <input type="checkbox"/> Prestamos "vencidos por pedido" <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Numero de Certificado de Exclusión ECN# y cualquier documentación apoyando la exclusión del programa de ley de cuidado de salud asequible.

Escriba cualquier otra información financiera o relevante que nos ayude a tomar una decisión: _____

Certificación

Certifico que la información proporcionada en este estado financiero es verdadera y fidedigna, y entiendo que proporcionar información falsa podría resultar en acciones legales en mí contra. Entiendo que Lancaster General Health se reserva el derecho de verificar cualquier información financiera y/o crediticia proporcionada en esta aplicación.

Lancaster General Health conservará copias de toda la información del paciente utilizada para determinar la necesidad financiera, tal y como es requerido por las leyes federales y estatales.

Además certifico que ya existe un programa federal obligatorio de seguro médico disponible a través de la ley de cuidado de salud asequible. No inscribirse en alguno de esos planes y seguir sin seguro médico puede afectar la cantidad de asistencia financiera que pudiera ofrecer Lancaster General Health.

DOY NO DOY (Marque una caja) permiso a Lancaster General Health para que en caso de que mi solicitud sea aprobada, parcialmente o en su totalidad, informen de esto a mi(s) médico(s). Entiendo que la decisión de eximirme del pago de los cargos médicos recae sobre mi(s) médico(s) y no es decisión de Lancaster General Health.

Firma de la persona responsable

Fecha

Si tiene cualquier pregunta acerca de cómo llenar esta aplicación, por favor llame a un asesor financiero al 717-544-1957.

Por favor envíe la aplicación junto con todos los documentos solicitados a la siguiente dirección:

**Lancaster General Health
Aten: PFS, Customer Service Dept
FA Program
PO Box 3555
Lancaster, PA 17604-3555**