



**Penn Medicine**  
**Lancaster General Health**

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](http://www.LGHealth.org/Financial-Assistance).

Atentamente,

Equipo de asesoramiento financiero

**Envíe por correo la aplicación junto con la documentación necesaria a:**

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

MRN: \_\_\_\_\_ CSS: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA**

*Por favor verifique que la información que escriba sea la correcta y recuerde enviar toda la información necesaria. Si regresa la aplicación sin firmar o no envía TODA LA INFORMACIÓN que se pide su aplicación puede ser rechazada.*

**Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudadano de los EUA? S / N    Indocumentado? S / N    Embarazada? Si / No

Nombres de las personas viviendo en el hogar	Parentesco	Fecha de nacimiento	Nombre de su Seguro Médico & # de ID
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Envíe copias de los siguientes documentos**

Formato Federal de Impuestos, 1040	Pension alimenticia hijos y/o cónyuge
Recibo de nómina de 30 días	Carta de aprobación de ayuda Financiera/SNAP
Estado de cuenta de su banco de los últimos 30 días de: - Cheques                      - Ahorros	Carta de aprobación de corto/largo plazo por discapacidad
Carta de Seguro Social o 1099	Pensión/Retiro
Declaración de apoyo junto con identificación con foto	Carta de aprobación de Compensación por accidentes laborales
Carta de desempleo	Notas de préstamo vencidas

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