

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

Date:

Name
Address
Address

Guarantor #

Estimado(a) Name,

Adjunto, encontrará una copia de la aplicación de Lancaster General Health al programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance). Llenar esta aplicación, nos ayuda a determinar si su familia cumple con los requisitos del programa. Es importante que después de llenar toda la aplicación, la envíe de vuelta para ser sometida a consideración.

Usted podría seguir recibiendo facturas mientras revisamos su aplicación.

Para la aplicación, por favor:

- ☐ **Conteste todas las preguntas y envíe todos los documentos solicitados.**
 - Si no responde a todas las preguntas y no incluye todos los documentos, su aplicación puede ser denegada.
- ☐ **Haga copias de todos los documentos antes de enviar su aplicación. Nosotros no le devolveremos sus originales.**
 - LG Health guardará copias de toda la información que usamos para revisar su aplicación. Esto forma parte de las leyes federales y estatales.
- ☐ **Entregue su formulario de aplicación usando uno de los métodos a continuación:**
 - **En línea a través de MyLGHealth**
 - **Envíe por correo su aplicación y todos los documentos a:**
Lancaster General Health
Attn.: PFS Customer Service Dept.
FA Program
PO Box 3555
Lancaster, PA 17604-3555
- ☐ **Envíelos dentro de los siguientes 14 días**

Las leyes federales y estatales les requieren a los proveedores solicitar el pago por la atención que brindan. Los proveedores también deben tener opciones de ayuda financiera para quienes califiquen.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a un Asesor Financiero al 717-544-1957. Para más información, visite lghealth.org/financial-assistance.

Atentamente,
Equipo de Asesoría Financiera

MRN: _____ CSS: _____

APLICACIÓN PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor asegúrese que toda la información esté correcta. Recuerde enviar todos los documentos.
Si no firma la aplicación y no envía **todos los documentos**, su aplicación será denegada.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Ciudadano de los EUA? S / N ¿Indocumentado? S / N ¿Embarazada? S / N

Nombres de las personas viviendo en su hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Nombre de Seguro Médico & número de identificación (ID)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Envíe los siguientes documentos:

Declaración Federal de Impuestos, 1040	Pensión alimenticia hijos y/o cónyuge
Recibos 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 adjudicación de desempleo	Notas de préstamo vencidas

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

Certificación

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta declaración financiera es verdadera y fidedigna. 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 que haya compartido 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.

Certifico y entiendo que ya existe un programa de seguro médico obligatorio a nivel federal a través de la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act). No inscribirme en alguno de esos planes y continuar sin seguro médico puede afectar el nivel de asistencia financiera que pueda ofrecerme Lancaster General Health.

☐ **DOY** ☐ **NO DOY** (Marque una opción) permiso para que Lancaster General Health notifique a los médicos tratantes si mi aplicación para solicitar ayuda financiera es aprobada (en su totalidad o en parte). Entiendo que puedo recibir tratamiento de parte de proveedores quienes no son empleados de Lancaster General Health, quienes pueden escoger no participar en el plan de ayuda financiera de Lancaster General Health.

Firma del solicitante

Fecha