



Lehigh Valley Health Network

Aplicación para el Programa de Asistencia Financiera

Lehigh Valley Health Network (LVHN) ofrece asistencia financiera para cuidados médicamente necesarios proveídos a individuos y familias elegibles. Su necesidad financiera determinará una reducción o eliminación de su obligación financiera.

Usted puede calificar para el Programa de Asistencia Financiera de LVHN (FAP) si usted:

- Tiene seguro médico limitado o ninguno
- Su seguro médico participa con una ubicación de servicio de Lehigh Valley Health Network
- Su plan de seguro fuera de la red ha pagado al menos el 75% de los cargos brutos
- No es elegible para recibir asistencia del gobierno, como Medicaid
- Coopera en proporcionar la información necesaria para apoyar sus necesidades financieras
- Reside en los siguientes condados: Berks, Bucks, Carbon, Columbia, Dauphin, Lackawanna, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Monroe, Montgomery, Northampton, Northumberland, Pike, Schuylkill, Wayne

El proceso para aplicar para el Programa de Asistencia Financiera es del modo siguiente:

- Completar la aplicación del Programa de Asistencia Financiera de LVHN
- Incluir la documentación enumerada en la lista de verificación
- Con el fin de determinar elegibilidad, LVHN necesitará prueba de su ingreso y tamaño del hogar (Utilizamos las Pautas Federales de Pobreza para determinar la necesidad financiera)
- Sueldo utilizado para determinar elegibilidad incluye, pero no es limitado a salario: Ingreso, Seguro Social, IRA (Cuenta de Retiros) Intereses, Pensión, Discapacidad, Compensación de Trabajadores, y Compensación de Desempleo
- Usted necesita cooperar con LVHN para determinar si hay opciones de pago a través de seguro tal como, Compensación de Trabajadores, Automóvil, Responsabilidad, o Medicaid, etc.
- Si es necesario, LVHN le asistirá en hacer un plan de pago para cualquier balance de lo cual usted es financieramente responsable
- Este programa será aplicado solo a servicios elegibles proveídos por Lehigh Valley Health Network - Después que usted complete la aplicación LVHN le contactará para informarle si usted califica para el Programa de Asistencia Financiera
- Seguro Médico debe ser nombrado en la aplicación

Puede que se requiera completar una aplicación de Asistencia Médica en cualquier momento durante el proceso.

Fallo en cooperar en el proceso de la aplicación de Asistencia Médica terminará su elegibilidad de su FAP.

Si usted tiene preguntas con respecto a esta aplicación por favor contacte:

LVHN línea de mensaje de la oficina de Consejería Financiera al 484-884-0840

Lunes a Viernes 8:00 AM a 4:00 PM

Para más información sobre nuestra Red, por favor visítenos en: www.lvhn.org

Lista de Verificación para la Aplicación del Programa de Asistencia Financiera - (Por favor revise la lista de verificación completa y proveer TODA información que le aplique a usted)

1. Si usted tiene ingreso:

- Adjunta una copia de su más reciente Declaración de Impuestos Federales
- Si usted no puede obtener una copia de su declaración, usted debe solicitar una transcripción gratuita del Servicio De Ingresos Públicos (IRS) en (www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript) o llamando al 1-800-908-9946
- Nos reservamos el derecho de solicitar que usted nos proporcione una transcripción gratuita de su declaración de impuestos en cualquier momento

2. Si usted no presento su declaración de impuestos federales, usted debe:

- Declarar por escrito porque usted no presento una declaración de impuestos federales en una página separada Y contactar al Servicios De Ingresos Públicos (IRS) para un formulario gratuito de Carta de Estado Civil de Ingresos (No Taxes Filed Statement) llamando al 1-800-908-9946 o 1-800-829-1040
- Nos envía una copia de su más reciente declaración de impuestos de cualquier persona que lo reclamo a usted como dependiente

3. Incluya prueba adicional de ingreso en el hogar, si es aplicable:

“Ingreso del Hogar” - Se refiere a todo individuo que son reclamados como dependientes en su declaración de ingresos

- Formulario 1099 o cartas de adjudicación: de Seguro Social, Pensión/Jubilación, Discapacidad, etc. <http://www.ssa.gov/onlineservices/>
- Notificación de Desempleo y Determinación Financiera o Compensación de Trabajadores
- Comprobantes de pago de los últimos tres meses o del año más reciente
- Si usted es empleado independiente, usted debe incluir un Formulario C y/o estado de ingreso y gastos

4. Si usted no tiene ingreso:

- Una carta notariada indicando que no tiene ingreso será requerida
(Un notario de LVHN certificara una carta declarando que el paciente o el individuo financieramente responsable no tienen ingreso o ingreso que no es reportado)

5. Carta de Rechazo para Asistencia Médica: (favor de proveer copia de TODAS las páginas de la carta)

- Basado en la evaluación financiera inicial, es posible que necesite aplicar para Asistencia Médica y proveer una copia de su carta de Rechazo antes que LVHN pueda aprobar su aplicación

6. Prueba de Identificación y Residencia , ejemplos incluyen:

- Licencia de conducir actual y válida de Pennsylvania
- Cualquier otra identificación con foto valida y actual emitida por una agencia de Pennsylvania (Identificación Temporarias no son aceptables)
- Pasaporte de los EE.UU. valida
- Impuestos de Bienes Raíces o utilidades (gas, electricidad, agua, alcantarilla, cable) factura emitida entre los últimos 60 días
- Debe mostrar su dirección actual para poder ser considerado entre las guías del condado

7. Aplicación del Programa de Asistencia Financiera completada y firmada:

- Asegúrese de completar e incluir **toda información** que aplique a usted



El Programa de Asistencia Financiera No Es Seguro Médico

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor elija la ubicación de los servicios -

- LVHN Allentown/ Bethlehem LVHN Hazleton LVHN Schuylkill LVHN Pocono

INFORMACIÓN DE PACIENTE (En letra del molde por favor)

| | |
|---|--|
| Nombre de Paciente: | Número de Expediente Médico: |
| Fecha de Nacimiento del Paciente: | Número de Seguro Social del Paciente: |
| Dirección: Numero y Calle/Ciudad/Estado/Código Postal | Condado (Debe Completar): |
| Número de Teléfono Durante el Día: | Número de Teléfono Alternativo: |
| Nombre de Empleador: | Nombre de Cónyuge: Nombre de Empleador de su Cónyuge: Seguro Social de su Cónyuge: |

| |
|--|
| Si ya recibió una factura, indíquenos su (s) número (s) de cuenta: |
| |

| | |
|---|--|
| Dependientes (incluido el paciente): Dependientes según se informa en su declaración de impuestos federales | |
| - viven con usted más de la mitad del año | - son menores de 19 años |
| - no proporcionan más de la mitad de su propia manutención durante el año | - son menores de 24 años y un estudiante |
| - permanentemente discapacitado | |

| Número de dependientes: Inclúyase si usted es el paciente | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|--------|----------------------|---------------------|
| Nombre | Relación al paciente | Fecha de Nacimiento | Nombre | Relación al paciente | Fecha de Nacimiento |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| |
|---|
| Recursos médicos: Cuenta de ahorros para la salud / Cuenta de gastos flexible / Cuenta de ahorros para gastos médicos |
| Nombre de Cuenta: |
| Número de Cuenta: |

| | |
|---|-----------------------|
| Información del Seguro de Salud: (Debe completar) Use papel adicional si es necesario e incluya copias de la tarjeta | |
| Nombre de Compañía: | Nombre de Suscriptor: |
| Número de Identificación: | Numero de Grupo: |
| Dirección de reclamaciones de Seguros: | |
| Número de teléfono del Seguro: | |

¿Ha solicitado asistencia médica en los últimos 6 meses? ___Sí ___No
Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia de la Carta de denegación o la Prueba de elegibilidad (incluya la carta o la tarjeta de Access).
Si la respuesta es NO, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado para obtener orientación sobre cómo solicitar estos beneficios.

Aplicación para el Programa de Asistencia Financiera (Página 2)

¿LVHN brindó atención por las lesiones sufridas en un accidente causado por otra persona? Si No

Si respondió si, describa a continuación las circunstancias de ese accidente. Si tiene la intención de presentar un reclamo contra la persona responsable de causar sus lesiones, o si ya ha recuperado alguna cantidad por dicho reclamo, identifique a cualquier abogado que haya contratado para que lo represente en relación con dicho reclamo.

Fecha del Accidente: _____

Naturaleza del Accidente: _____

Parte Responsable: _____

Nombre y número de teléfono del abogado: _____

Ingresos Mensual del Hogar: Ingresos mensuales para usted y otros miembros del hogar. También adjunte copias de su declaración de impuestos federales y otros documentos de prueba de ingresos (consulte la lista de verificación de la documentación).

| | Usted | Cónyuge y / u otros miembros del hogar | | Usted | Cónyuge y / u otros miembros del hogar |
|---------------------------------|-------|--|--|-------|--|
| Salarios / Autoempleo | | | Desempleo | | |
| Seguro Social | | | Compensación de trabajadores | | |
| Pensión o ingreso de jubilación | | | Pensión alimenticia y manutención de los hijos | | |
| Dividendos e intereses | | | Otros ingresos | | |
| Alquileres y regalías | | | Ingreso familiar mensual total | | |
| | | | Ingreso bruto ajustado | | |

Certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Estoy de acuerdo en solicitar cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro) que pueda estar disponible para el pago de mi cuenta de LVHN, y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia.

Entiendo que esta solicitud se realiza para que LVHN pueda determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Si cualquier información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que LVHN volverá a evaluar mi estado financiero y calificación para recibir asistencia financiera.

Autorizo a cualquier banco, institución crediticia, compañía de seguros, empleador o cualquier acreedor del suscrito a divulgar cualquier información solicitada por LVHN relacionada con cualquier asunto financiero relacionado o relacionado con el suscrito.

Entiendo que si soy aprobado para recibir asistencia financiera y reclamo para recuperar los daños del tercero que causó las lesiones, por la cual recibí atención en LVHN, o por mi propio seguro o falta de seguro, debo notificar a LVHN Patient Financial Services (Servicios financieros para pacientes) sobre dicha reclamación. Además, entiendo que, en esas circunstancias, mi aprobación de Asistencia financiera se reclasificará y se colocará en estado pendiente hasta que se resuelva la reclamación y se determine cuánto de mi recuperación debe pagarse a LVHN.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____
(Representante de Lehigh Valley Health Network)

Por favor, separe este formulario y envíelo a: Lehigh Valley Health Network

ATTN: Patient Access, Financial Counselor o Fax to 484-884-8527
2100 Mack Blvd, 5th Floor
PO BOX 1866
Allentown PA 18105-1866