



El Programa de Asistencia Financiera No Es Seguro Médico
APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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 Esposo(a): Nombre de Empleador de su Esposo(a): Seguro Social de su Esposo(a):	

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	
<ul style="list-style-type: none"> - viven con usted más de la mitad del año - no proporcionan más de la mitad de su propia manutención durante el año - permanentemente discapacitado 	<ul style="list-style-type: none"> - son menores de 19 años - son menores de 24 años y un estudiante

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.

El Programa de Asistencia Financiera No Es Seguro Médico

¿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	Esposo(a)		Usted	Esposo(a)
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: _____ (Debe tener poder legal sobre el paciente, ser padre/madre o tener guardián legal del menor – debe proporcionar prueba)

¿Nos da permiso para hablar con otra persona sobre su solicitud de FAP y la información relacionada? Si No

En caso afirmativo, ¿con quién podemos hablar? _____

Por favor, separe este formulario y súbalo en MyLVHN, envíe un fax al 484-884-8527 o envíelo a:

Lehigh Valley Health Network
 ATTN: Patient Access, Financial Counselor
 2100 Mack Blvd, 3rd Floor
 PO BOX 1866
 Allentown PA 18105-1866