

## **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 determinara una reducción o eliminación de su obligación financiera.

### **Usted puede calificar para el Programa de Asistencia Financiera si usted:**

- Tiene seguro de salud limitado o no tiene seguro de salud
- No es elegible para asistencia del gobierno tal como Medicaid
- Coopera en proveer la información necesaria para apoyar sus necesidad financiera
- Si reside en los siguientes condados: Lehigh, Luzerne, Northampton, Bucks, Montgomery, Berks, Schuylkill, Carbon ó Monroe.

### **El proceso para aplicar para el Programa de Asistencia Financiera es como sigue:**

- Completar la Aplicación para el Programa de Asistencia Financiera
- Incluir documentación en la lista de comprobación
- Para poder determinar elegibilidad LVHN necesitará prueba de su ingreso y número de miembros en su hogar (Usamos las Guías Federales de Pobreza para determinar la necesidad financiera)
- Sueldo utilizado para determinar elegibilidad incluye, pero no es limitado a salario, Seguro Social, IRA (Cuenta de Retiros) Interés, 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 contactara 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 Medica en cualquier momento durante el proceso.

Fallo en cooperar en el proceso de la aplicación de Asistencia Medica terminara su elegibilidad de su FAP.

Si usted tiene preguntas referentes a esta aplicación por favor contacte:

LVHN 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](http://www.lvhn.org)

# Lista para Aplicación del Programa de Asistencia Financiera

(Por favor revise la Lista 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
- (Formulario 1040 Pagina número 1 y 2, Formulario 1040A, 1040EZ Si presento impuestos ó está reclamado como dependiente, usted debe proveer una copia de su declaración
- Si usted no puede obtener una copia de su declaración, usted debe solicitar una transcripción gratuita del Servicio De Ingresos Públicos (IRS) llamando al 1-800-908-9946 o 1-800-829-1040
- Nos reservamos el derecho de solicitar que 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.
- 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 tiene ingreso o ingreso que no es reportado.)

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

- Basado en la evaluación financiera inicial, es posible que necesite aplicar para Asistencia Medica 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 valida actual 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 dirección actual para poder ser considerado entre las guías del condado**

## 7. Aplicación del Programa de Asistencia Financiera completada 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

### INFORMACION DE PACIENTE (En letra del molde por favor)

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

Si usted ya ha recibido una factura, por favor apunte su número de cuenta:

Dependientes (incluyendo el paciente): Dependientes como es reportado en su Declaración de Ingreso Federal	
- ellos viven con usted por más de la mitad del año - ellos no proporcionan más de la mitad de su propio sueldo por el año - deshabilitado permanente	-tienen menos de la edad de 19 - tienen menos de 24 años y es estudiante

Numero de Dependientes-Inclúyase si usted es el paciente					
Nombre	Relación al paciente	Edad	Nombre	Relación al Paciente	Edad

Recursos Médicos: Cuentas de Ahorro de Salud/ Cuenta de Gastos Flexibles/ Cuenta de Ahorros Médicos/
Nombre de Cuenta:
Números de Cuenta:

Información de Seguro de Salud: ( <b>Debe Completar</b> ) Use papel adicional si es necesario e incluya copias de tarjetas copias	
Nombre de Compañía:	Nombre de Suscriptor:
Número de Identificación:	Numero de Grupo:
Dirección de Reclamación de Seguros:	
Número de Teléfono de Seguro:	

¿Usted ha aplicado para Asistencia Medica en los últimos 6 meces? \_\_\_Si \_\_\_No  
 Si respondió SI, por favor incluya una copia de la Carta de Rechazo o prueba de elegibilidad (incluya carta o tarjeta Access)  
 Si respondió NO, por favor contacte a la oficina de asistencia del condado local para ayuda de cómo aplicar para estos beneficios.

**(Vea el otro lado, Pagina 2)**

## Aplicación para El Programa de Asistencia Financiera (Página 2)

¿LVHN le proporciono cuidado a lesiones sufridas en un accidente ó causado por otra persona?  Si  No

Si respondió Si, describa abajo las circunstancias de ese accidente, indique si usted tiene intenciones de hacer un reclamo contra la persona responsable de causarle sus lesiones e identifique cualquier abogado que ha retenido para representarlo en conexión a ese reclamo.

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

Resumen de Accidente: \_\_\_\_\_

Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Nombre y número de Teléfono de Abogado: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual del Hogar: Indique su ingreso mensual y de cualquier otra persona en el hogar. También incluya copias de su Declaración de Impuestos Federales y otros documentos de prueba de ingreso( vea la lista de comprobación)

	Usted	Cónyuge/ y/o otro miembro del hogar		Usted	Cónyuge/ y/o otro miembro del hogar
Salario/ Empleo por cuenta propia			Desempleo		
Seguro Social			Compensación de Trabajadores		
Pensión o Sueldo de jubilación			Pensión Alimenticia/ Manutención de Hijos		
Dividendos e Intereses			Otro Ingreso		
Rentas y Regalías			Ingreso Total Mensual Familiar		

Yo certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Yo estoy de acuerdo en aplicar para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro) lo cual puede estar disponible para pago de mi cuenta LVHN, y yo tomare cualquier acción razonablemente necesaria para obtener tal asistencia.

Yo entiendo que esta aplicación es hecha para que LVHN pueda determinar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Si cualquier información que yo he dado resulta ser falsa, yo entiendo que LVHN volverá a evaluar mi estatus financiero y calificación para Asistencia Financiera.

Yo autorizo a cualquier banco, instituto de préstamos, empleador o cualquier acreedor que sea de los firmantes a dar cualquier información pedido por LVHN pertinente a cualquier y a todo asunto financiero en relación a lo abajo firmante.

Yo entiendo que si califico para Asistencia Financiera o cuidado de caridad y hacer una demanda para recuperar daños y perjuicios a una tercera parte causando las lesiones, de lo cual yo he recibido cuidados en el LVHN, o de mi propio infra seguro, yo estoy requerido a notificar los Servicios Financieros de Pacientes del LVHN sobre este reclamo. Además, entiendo que bajo esas circunstancias la aprobación de mi asistencia financiera o cuidado de caridad será reclasificado y colocado en un estatus pendiente hasta que se resuelva la reclamación y sea determinado la cantidad de mi recuperación deber ser pagada al LVHN.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Aprobado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante de Lehigh Valley Health Network)

Por favor separe esta página y remitir a:

Lehigh Valley Health Network  
ATTN: Patient Financial Services  
Financial Counselor  
2100 Mack Blvd  
PO BOX 4120  
Allentown PA 18105-4120