

El Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program)

Fecha (Date): _____

Nombre del (de la) Paciente (Patient Name): _____

Dirección del (de la) Paciente 1 (Patient Address 1): _____

Dirección Principal del (de la) Paciente 2 (Patient Address 2): _____

Número de Cuenta (Account Number): _____

Estimado(a) (Dear) _____,

Como su equipo de Asesoría Financiera en Lexington Medical Center, quisiéramos aprovechar la oportunidad de informarle sobre el Programa de Asistencia Financiera. Este programa está diseñado para proveer asistencia financiera a los pacientes que se encuentran en situaciones financieras adversas y no pueden pagar sus cuentas con el hospital. La documentación nombrada a continuación es necesaria para determinar su elegibilidad para asistencia.

Solicitud de Asistencia Financiera Completada (Completed Financial Assistance Application)

Identificación con foto y los Números de Seguro Social de cada miembro del hogar que califique (Photo ID and Social Security Numbers for eligible household members)

Verificación de Ingresos (Income Verification) Cuatro (4) Talones de Cheque – Quincenal; (Four (4) Pay Stubs - Bi-Weekly) Ocho (8) Talones de Cheque – Semanal; (Eight (8) Pay Stubs - Weekly) Otro (Other)

Formulario de Información de Ingresos (adjunto) (Income Information Form (attached))

Estados de cuenta completos de todas las cuentas corrientes y cuentas de ahorros aplicables. (Complete bank statements for all applicable checking and saving accounts)

Se requieren todas las páginas para un estado de cuenta de 30 días.

Recibo de Renta o Arrendamiento Actual (Rent Receipt or Current Lease)

Evidencias de Separación Conyugal (adjunto) (Proof of Marital Separation (attached))

Formulario de Comida y Alojamiento (adjunto) (Food and Shelter Form (attached))

Evidencia de Asistencia de Comida y/o alojamiento (p. ej. Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), o Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) Vivienda de Sección 8) (Proof of Food and / or Housing Assistance (I.E. SNAP, WIC, Section 8 Housing))

Formulario de Apoyo Financiero (adjunto) (Financial Support Form (attached))

Otro (adjunto) (Other (attached))

Esta información puede ser entregada en la oficina de Consejería Financiera ubicada en Lexington Medical Center. Para su conveniencia, también puede entregar los documentos por medio del sobre provisto en la que ya está pagado el envío. Por favor devuelva esta información inmediatamente, si no tenemos la documentación justificativa, no podremos considerarle para nuestros programas. Para cualquier pregunta adicional, por favor póngase en contacto con nuestra oficina y le ayudaremos con gusto.

Gracias por permitirnos asistirle con su atención médica.

Departamento de Asesoría Financiera (Financial Counseling Department)

(803) 791-2490

Si necesita la ayuda de un intérprete llame al 803-791-2254 y pida que le hagan una llamada en conferencia.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (Financial Assistance Program)

I. Solicitante – Datos Personales (Applicant – Identifying Information)

Nombre (Name): _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth): _____ Número de Seguro Social (Social Security #): _____ Estado Civil (Marital Status): _____

Dirección donde le llega el Correo o dirección actual (Mailing address or current address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip Code): _____ Condado (County): _____

Números de Teléfono (Telephone numbers): (Casa) (H) _____ (Trabajo) (W) _____ (Celular) (C) _____

¿Cuál es su situación de vivienda actual? (What are your current living arrangements?)

Propietario (Own) Rento (Rent) Sin Techo (Homeless) Vivienda provista por un pariente o amigo (Housing provided by relative or friend)

II. Información de Terceros (Third Party Information)

1. ¿Tiene algún otro seguro? (Is there any other insurance) Sí (Yes) No ¿Qué tipo? (What type): _____

2. ¿La enfermedad fue causada por un accidente? Sí (Yes) No ¿Qué tipo? (What type): _____

Fecha del Accidente (Date of accident): _____ ¿Hay algún reclamo pendiente? (Is claim pending) Sí (Yes) No

3. ¿Usted recibe o ha solicitado Medicaid? (Do you receive or have you applied for Medicaid) Sí (Yes) No

Fecha en la que lo solicitó (Date applied): _____ Si fue aprobado, su número de Medicaid (If approved, Medicaid ID number): _____

¿Cuál fue la razón por la cual se lo negaron? (What was the reason for denial) _____

4. ¿Usted ha solicitado algún tipo de seguro médico a través del Mercado De Intercambio de Salud? Sí (Yes) No
(Have you applied for insurance through the Healthcare Market Exchange)

Fecha en la que lo solicitó (Date applied): _____ ¿Cuál fue el resultado? (What was the outcome): _____

III. Miembros del Hogar o Dependientes (Household Members or Dependents)

Nombre (Name)	Número de Seguro Social (Social Security #)	Parentesco (Relationship)	Fecha de Nacimiento (Date of birth)	Estado Civil (Marital status)

IV. Ingresos (Income)

1. Haga una lista de toda fuente de ingresos mensuales. (Los ingresos incluyen sueldo o salario bruto, ingresos netos de trabajo independiente, pagos de asistencia pública regular como Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés) de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro Social, Beneficios para Veteranos, pensiones u otros ingresos de jubilación, indemnización de desempleo, indemnización laboral, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por intereses, etc.)

Nombre del Miembro del Hogar <small>(Name of Household Member)</small>	Ingreso Bruto <small>(Gross Income)</small>	Frecuencia <small>(Frequency)</small>	Nombre y Dirección de la Fuente <small>(Name & Address of Source)</small>

2. Si ninguno de los miembros del hogar trabaja actualmente, ¿cómo se mantiene usted? Por favor, explique:

(If no one is employed, how are you being supported? Please explain)

3. ¿Usted o alguno de los miembros del hogar ha recibido una suma de dinero durante los últimos 3 meses (por reembolso de impuestos, liquidación de seguros, etc.)? (Have you or anyone in the household received a lump sum of money in the past 3 months (from tax refund, insurance settlement, etc)) Sí (Yes) No

Si contestó que sí, la cantidad recibida (If yes, amount received): _____ ¿Por parte de quién? (From whom) _____

V. Recursos (Resources)

1. ¿Usted u otro de sus parientes son propietarios de inmobiliarios aparte de su vivienda primaria (una segunda casa, terreno, propiedad de inversión, propiedad vitalicia, casas rodantes, etc.)? Sí (Yes) No

(Do you or other household members own real property excluding your primary residence (second home, land, investment property, life estates, mobile homes, etc))

Si respondió que sí, provea la siguiente información (If yes, give the following information):

Tipo de propiedad <small>(Type)</small>	Propietario(s) (si es propiedad conjunta, enumere todos los propietarios) <small>(Owner(s) (if jointly owned, list all owners))</small>	Ubicación <small>(Location)</small>	Valor de Mercado <small>(Market Value)</small>

2. ¿Usted u otro miembro de su familia es propietario de inmobiliarios recreativos sujetos a impuestos aparte de su vivienda primaria (casas rodantes, motocicletas, o algún otro tipo de vehículo)? Sí (Yes) No

(Do you or other household members own taxable recreational property excluding your primary residence (Motorhome, motorcycles, or other kinds of vehicles))

Si respondió que sí, provea la siguiente información (If yes, give the following information):

Tipo de propiedad <small>(Type)</small>	Propietario(s) registrado(s) <small>(Registered Owner(s))</small>	Año, Marca y Modelo <small>(Year, Make & Model)</small>	Valor de Mercado <small>(Market Value)</small>

3. ¿Usted u otro miembro de su familia son propietarios de activos líquidos (efectivo en caja, cuentas de ahorro o corrientes, certificados de ahorros, acciones o bonos, cuenta de fideicomiso)? Sí (Yes) No

(Do you or other household members own liquid assets (cash on hand, check or saving accounts, savings certificates, stocks or bonds, trust accounts)?

Si respondió que sí, provea la siguiente información (If yes, give the following information):

Tipo (Type)	Nombre en las Cuentas (Name on Accounts)	Nombre de la Compañía (Company Name)	Número de Cuenta (Account Number)	Cantidad/Valor (Amount/Value)

VII. Declaración de Entendimiento (Statement of Understanding)

Yo entiendo que mi expediente es confidencial y ninguna información será divulgada a menos que sea debidamente autorizado por mí.

Yo autorizo a Lexington Medical Center a obtener una copia de mi reporte de crédito. Esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para este programa. También entiendo que Equifax Information Services (agencia en la cual se reporta el crédito) prohíbe que Lexington Medical Center proporcione esta información al consumidor para su uso personal.

Yo certifico que he leído o me han leído todas las declaraciones en este formulario y que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Yo entiendo que si yo he dado información falsa u omitido información respecto a cualquier situación deliberadamente que estoy sujeto a enjuiciamiento por fraude. Yo autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Lexington Medical Center.

Firma del Solicitante (Applicant's Signature)		Fecha (Date)	
Firma del Representante Autorizado/ Parentesco (Signature of Authorized Representative/ Relationship)		Dirección (Address)	Fecha (Date)
Firma del Testigo (Witness Signature)	Fecha (Date)	Firma de quien se Designe para la Aprobación (Approving Designee Signature)	Fecha (Date)
Entrevistador/a (Interviewer)	Fecha (Date)	Nombre de la Compañía (Company Interviewed)	

PLANILLA DE CÁLCULOS PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE LEXINGTON MEDICAL CENTER (SOLO PARA USO OFICIAL) (Lexington Medical Center Financial Assistance Program Worksheet (For Office Use Only))

VIII. Case Notes
