

# Programa de Asistencia Financiera y Aplicacion

## 2018 Las Directrices del Programa

Concordante con su misión de proporcionar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, Lawrence Memorial Hospital (LMH) se compromete a proporcionar asistencia financiera a las personas que necesitan un tratamiento médicamente necesario y que no pueden pagar..

### Elegibilidad

- Todos los pacientes que tengan necesidades emergentes o urgentes y cuyos servicios son ofrecidos a través de LMH serán elegibles para solicitar asistencia financiera.
- Los pacientes que necesitan servicios electivos médicamente necesarios serán elegibles para solicitar asistencia financiera si son residentes de la zona de servicio LMH.
- La Asistencia Financiera no está disponible para los servicios generalmente considerados como cosmético.
- Se requiere que todos los solicitantes soliciten cualquier tipo de asistencia disponible (incluyendo, pero no limitado a Medicare, Medicaid, Administración de Veteranos, seguro de salud privado, asistencia con los copago, programas de asistencia farmacéutica, programas de asistencia de dispositivos médicos, etc.) que pueden estar disponibles para el pago de los servicios y tomará cualquier acción razonablemente necesaria para obtener este tipo de asistencia.
- Las cuentas bajo acciones judiciales no son elegibles.

### Documentos requeridos

Se requiere los siguientes documentos para que la solicitud sea procesada. Si los documentos de apoyo no se proporcionan dentro de 15 días, su solicitud será denegada.

Los documentos requeridos pueden incluir, pero no están limitados a:

- Comprobante del ingreso *Bruto Mensual* (los talones de pagos de los últimos dos meses).  
\*\* Si usted está desempleado, comprobantes de las fuentes de ingresos que usted recibe para pagar el alquiler, servicios públicos, etc.).
- Comprobante de la Manutención del Cónyuge / Pensión Alimenticia / Manutención de Menores recibidas.
- Comprobante del Seguro Social / Discapacidad / Desempleo recibidos.
- Comprobante de Ingresos que recibe de otra persona que lo ayuda.  
\*\* Si un amigo o miembro de la familia lo está ayudando, una carta de ellos servirá como comprobante de ingreso.
- Comprobante de Pensiones, Ingresos por Alquiler, Otros Ingresos.
- Comprobante de estatus de Estudiante.
- Estado de cuenta detallado y actualizado de las Cuentas Corrientes y Cuentas de Ahorros de los últimos tres meses.
- La más reciente Declaración Federal de Impuestos (copia de su 1040, 1040ª, 1040EZ y Formulario de Deducciones).
- Formularios W2

## Nivel de Pobreza Federal

LMH utiliza una escala variable basada en el Nivel de Pobreza Federal, tal como se publicó en el Registro Federal como base para la aprobación de las solicitudes. Las directrices actuales se pueden encontrar en línea en: <https://www.federalregister.gov/articles/2018/01/18/2018-00814/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

## Proveedores participantes

Esta es una lista de los profesionales en salud asociados con LMH, que aceptarán su descuento de asistencia financiera::

### Lawrence Memorial Hospital

#### Atención Primaria

- Eudora Family Care
- Family Medicine of Baldwin City
- Family Medicine of Tonganoxie
- McLouth Medical Clinic
- Mt. Oread Family Practice
- Reed Internal Medicine
- The Internal Medicine Group
- Total Family Care

#### Prácticas No Afiliadas a LMH

- Lawrence Cancer Center
- Lawrence Clinical Laboratory

#### Atención Especializada

- Cardiovascular Specialists of Lawrence
- Lawrence Endocrinology
- Lawrence General Surgery
- Lawrence GI Consultants
- Lawrence Neurology Specialists
- Lawrence OB-GYN Specialists
- Lawrence Pulmonary Specialists
- Lawrence Spine Care
- Lawrence Urology Specialists
- Lawrence Vein Center
- LMH Oncology / Hematology Center
- LMH Psychiatric Consultation Service
- LMH Wound Healing Center
- LMH Hospitalists
- OrthoKansas
- Plastic Surgery Specialists of Lawrence

## Nuestros Asesores Financieros

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con esta solicitud o el proceso, por favor póngase en contacto con su Asesor Financiero de más abajo:

Apellido que comienza con	Asesor Financiero	No. de teléfono
A – G	Kenna	(785) 505-5780
H – O	Cory	(785) 505-5781
P – Z	Dave	(785) 505-5782

**Las solicitudes completas serán procesadas en aproximadamente 30 días hábiles después de la recepción de la solicitud y todos los documentos requeridos. Usted recibirá una carta de aprobación o denegación por el correo**

Por favor envíe de vuelta la solicitud completa y los documentos a:

Lawrence Memorial Hospital  
Attn.: Financial Counselors  
325 Maine Street  
Lawrence, KS 66044

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente / Parte Responsable / Información del Garante ***					
Apellido:		Nombre:		Inicial:	Apellido:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Empleador:		No. de Seguro Social.:		No. de Teléfono: ( )	
No. de Teléfono del Empleador: ( )	Jornada completa:	Jornada parcial:	Horas por semana:	Salario por hora: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual

Información del Cónyuge					
Apellido:		Nombre:		Inicial:	Apellido:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Empleador:		No. de Seguro Social.:		No. de Teléfono:	
No. de Teléfono del Empleador: ( )	Jornada completa:	Jornada parcial:	Horas por semana:	Salario por hora: \$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly

Por favor enumere todos los dependientes (aquellos individuos reclamados en su declaración de impuestos)			
Nombre del dependiente	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el Garante

Efectivo en mano - por favor proporcione sus saldo(s) actuales. Adjunte copias de los estados de cuentas bancarios como apoyo.		
Tipo de Cuenta	Garante	Cónyuge
Cuentas Corrientes / Ahorros	\$	\$
Cuentas de Inversiones	\$	\$
Otro	\$	\$

\*\*\* La Parte Responsable / Garante es típicamente el paciente, a menos que el paciente sea un menor

**Proporcionar detalles del ingreso bruto (antes de deducciones) para el garante y cónyuge, adjunte la documentación de apoyo.**

Fuentes de Ingresos	Garante (Mensual)	Cónyuge (Mensual)	Otro (Mensual)	Total (Mensual)
Salarios o Ingresos de negocio propio	\$	\$	\$	\$
Asistencia Pública (Cupones de alimentos)	\$	\$	\$	\$
Seguro Social / Discapacidad	\$	\$	\$	\$
Desempleo / Indemnización laboral	\$	\$	\$	\$
Manutención de Menores (Recibida)	\$	\$	\$	\$
Pensiones	\$	\$	\$	\$
Otro:	\$	\$	\$	\$
<b>Total Mensual:</b>	\$	\$	\$	\$
<b>Ingresos Anuales Totales:</b>			\$	

Comprendo que esta solicitud se hace para una evaluación de asistencia financiera en base a la Política de Asistencia Financiera de Lawrence Memorial Hospital. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. **Además, estoy de acuerdo que mi información puede ser evaluada para asistencia pública (Medicaid, Medicare, Seguros, etc.) y voy a tomar cualquier acción razonablemente necesaria para obtener este tipo de asistencia.** Estoy de acuerdo de compartir cualquier información con otros proveedores de servicios médicos asociados con el Lawrence Memorial Hospital. Si cualquier información que he dado resulta ser falsa, entiendo que mi solicitud será denegada. Además, comprendo que debo seguir haciendo los pagos en mi cuenta (s), mientras que esta solicitud está siendo procesada.

Firma de la Parte Responsable / Garante \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**FOR HOSPITAL USE ONLY**

Financial Counselor's Recommendation			
Comments:			
Approved: __	FIGP:	Discount:	Patient is:      Insured: <input type="checkbox"/> Un-Insured: <input type="checkbox"/>
Denied: __	Reason for denial:		Compliant with Public Benefits Screening:    __Yes    __No
<b>SCAN TO:</b>			Supervisor / Director's Approval:
Financial Counselor's Approval:			Vice President / CFO's Approval: