

# Programa y solicitud de asistencia financiera

## Lineamientos del programa

De acuerdo con su misión de brindar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, Lawrence Memorial Hospital (LMH) se compromete a brindar asistencia financiera a las personas que requieren tratamiento médicamente necesario y que no pueden pagarlo.

### Elegibilidad

- Todos los pacientes que se presenten con necesidades de urgencia o de emergencia de los servicios ofrecidos por LMH serán elegibles para solicitar asistencia financiera.
- Los pacientes que necesiten servicios electivos médicamente necesarios serán elegibles para solicitar asistencia financiera si son residentes del área de servicios de LMH.
- La asistencia financiera no se encuentra disponible para servicios que generalmente se consideran cosméticos.
- Todos los solicitantes deben solicitar cualquier asistencia disponible (incluso, entre otras, Medicare, Medicaid, la Administración de Veteranos, un seguro médico privado, asistencia con copagos, programas de asistencia farmacéutica, programas de asistencia con dispositivos médicos, etc.) que puedan estar disponibles para el pago de servicios y tomarán cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia.
- Las cuentas por las cuales se han iniciado acciones legales no son elegibles.
- El monto del copago que deja su compañía de seguros no es elegible para descuento.

### Documentación exigida

La siguiente documentación es necesaria para procesar la solicitud. Si no se proporciona la documentación comprobatoria dentro de un plazo de 30 días, la solicitud será denegada.

La documentación exigida incluye (envíe todo lo que corresponda a su grupo familiar):

- Comprobante de ingresos *brutos mensuales* (talones de cheque de pago correspondientes a los dos meses más recientes).  
\*\* Si está desempleado, comprobante de cualquier fuente de ingresos que tenga con la cual paga el alquiler, los servicios, etc.)
- Comprobante de manutención conyugal/pensión alimentaria/manutención infantil que reciba.
- Comprobante de Seguro Social/invalidez/desempleo que reciba/Cupones para alimentos.
- Carta de apoyo de una persona que lo ayuda con la vivienda, comida, etc.
- Comprobante de pensión, ingreso por rentas, otros ingresos.
- Comprobante de la condición de estudiante.
- Extracto(s) bancario(s) actualizado(s) detallado(s) de cuentas corrientes y de ahorros correspondientes de los últimos tres meses.
- Declaración de Impuestos Federales más reciente (copia de su 1040, 1040A o 1040EZ y anexos). Si usted aparece como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona; también necesitaremos una copia de esa declaración.
- Formularios W2/1099.

## Pautas federales de pobreza

LMH utiliza una escala móvil basada en las Pautas Federales de Pobreza, según se publica en el Registro Federal, como base para la aprobación de solicitudes. Puede encontrar las pautas actuales en línea ingresando a: <https://www.federalregister.gov/documents/2022/01/21/2022-01166/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

## Proveedores participantes

Esta es una lista de los centros médicos asociados a LMH, los cuales respetarán su descuento de asistencia financiera:

### Lawrence Memorial Hospital

#### Atención primaria

- East Heights Family Care
- Eudora Family Care
- Family Medicine of Baldwin City
- Family Medicine of Tonganoxie
- First Med
- Free State Family Medicine
- Internal Medicine Group
- McLouth Medical Clinic
- Mt. Oread Family Practice
- Reed Internal Medicine
- Total Family Care

#### Centros afiliados no pertenecientes a LMH

- Lawrence Clinical Laboratory
- Lawrence Emergency Medicine Associates
- Lawrence Surgery Center

#### Atención especializada

- Cardiovascular Specialists of Lawrence
- Lawrence Breast Specialists
- Lawrence Endocrinology
- Lawrence General Surgery
- Lawrence GI Consultants
- Lawrence Neurology Specialists
- Lawrence OB-GYN Specialists
- Lawrence Pain Specialists
- Lawrence Pulmonary Specialists
- Lawrence Spine Care
- Lawrence Urology Specialists
- Lawrence Vein Center
- LMH Health Cancer Center
- LMH Health Women's Center
- LMH Psychiatric Consultation Service
- LMH Wound Healing Center
- OrthoKansas
- Palliative Support Services
- Plastic Surgery Specialists of Lawrence

## Nuestros asesores financieros

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud o al proceso, comuníquese con su asesor financiero a continuación:

Apellidos que comienzan con	Asesor financiero	Número telefónico
A - M	Cory	(785) 505-5781
N - Z	Dave	(785) 505-5782

**Las solicitudes completas se procesarán en aproximadamente 15 días hábiles después de haber recibido la solicitud completa y toda la documentación exigida. Recibirá por correo una carta de aprobación o denegación.**

Devuelva la solicitud completa y los documentos a:

LMH Health – Patient Financial Services  
Attn.: Financial Counselors  
325 Maine Street  
Lawrence, KS 66044

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente/persona responsable/información del garante ***					
Apellido:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Empleador:		N.º de Seguridad Social:		N.º de teléfono: ( )	
N.º de teléfono del empleador: ( )	Tiempo completo:	Tiempo parcial:	Horas por semana:	Remuneración por hora: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual

Información del cónyuge					
Apellido:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Empleador:		N.º de Seguridad Social:		N.º de teléfono: ( )	
N.º de teléfono del empleador: ( )	Tiempo completo:	Tiempo parcial:	Horas por semana:	Remuneración por hora: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual

Enumere todos los dependientes (las personas a cargo incluidas en su declaración de impuestos, no incluya a las personas enumeradas anteriormente).			
Nombre del dependiente	N.º de Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Relación con el garante

Efectivo disponible: proporcione su(s) saldo(s) actualizado(s). Adjunte copias de sus extractos bancarios comprobatorios		
Tipo de cuenta	Garante	Cónyuge
Cuenta corriente/Cuenta de ahorro	\$	\$
Cuentas de inversión	\$	\$
Otra	\$	\$

\*\*\* La persona responsable/garante generalmente será el paciente, a menos que el paciente sea menor de edad.

Continúa en la próxima página

**Brinde detalles de los ingresos brutos (antes de las deducciones) del garante y el cónyuge. ADJUNTE TODA LA DOCUMENTACIÓN.**

Fuente de ingreso	Garante (Mensual)	Cónyuge (Mensual)	Otra (Mensual)	Total (Mensual)
Sueldo o trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública (cupones para alimentos)	\$	\$	\$	\$
Seguridad Social/Discapacidad	\$	\$	\$	\$
Desempleo/Indemnización laboral	\$	\$	\$	\$
Manutención infantil (recibida)	\$	\$	\$	\$
Jubilaciones	\$	\$	\$	\$
Otra:	\$	\$	\$	\$
<b>Ingreso mensual total:</b>	\$	\$	\$	\$
<b>Ingreso anual total:</b>			\$	

Entiendo que esta solicitud está hecha para la evaluación de asistencia financiera con base en la Política de asistencia financiera de Lawrence Memorial Hospital. Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. **También acepto que pueden evaluar mi información para la asistencia pública (Medicaid, Medicare, seguros, etc.) y realizaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia.** Acepto que se comparta cualquier información con otros proveedores médicos asociados a Lawrence Memorial Hospital. Si alguna de la información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que mi solicitud será denegada. También entiendo que debo continuar realizando los pagos en mi(s) cuenta(s) mientras se procesa esta solicitud.

Firma de la persona responsable/garante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
---	-------	-------------------	-------

**Recomendación del asesor financiero**

Lawrence Memorial Hospital				Lawrence Physicians, LLC.			
Star	Cerner	Star (BD)	Cerner (BD)	CPM	Cerner	CPM (BD)	Cerner (BD)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Condición del paciente/dependiente:</b> Asegurado: <input type="checkbox"/> No asegurado: <input type="checkbox"/>		<b>Seg. paciente/dependiente:</b>		<b>Saldo total:</b> \$			
<b>Documentos exigidos recibidos:</b> Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				<b>Derivado a un proveedor de Medicaid:</b> Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		<b>Cumple con evaluación de PB:</b> Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
<b>Documentación adicional necesaria:</b>				<b>Derivado para evaluación de Marketplace:</b> Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
				<b>Comentarios:</b>			
<b>Ingreso mensual:</b> \$		<b>Tamaño del grupo familiar:</b>		<b>% de FIGG:</b> %		<b>Fact.% del ingreso bruto anual</b> %	
<b>Recomendación:</b> Aprobado: <input type="checkbox"/> Denegado: <input type="checkbox"/>		<b>Descuento:</b> <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		<b>Motivo de denegación:</b> <input type="checkbox"/> Fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Por sobre el ingreso <input type="checkbox"/> No cumple con la evaluación de PB <input type="checkbox"/> Falta documentación			
<b>Comentarios/Notas:</b>							
<b>Aprobación del Asesor financiero:</b>				<b>Aprobación del Director sénior:</b>			
<b>Aprobación del Supervisor/Gerente</b>				<b>Aprobación del Vicepresidente/Director de Finanzas:</b>			