



Estimado Paciente,

Ha solicitado asistencia financiera para una o más cuentas por los servicios proporcionados por Lake Chelan Community Hospital y Clínicas. Por favor de llenar la solicitud incluida y enviar con la documentación requerida para ser considerado para uno de nuestros disponibles Programas de Asistencia Financiera.

Nuestra Consejera Financiera está disponible para su asistencia personal con cita previa. Durante este tiempo, pueden examinar y ayudarle a encontrar la mejor resolución para sus necesidades individuales. Además, pueden ayudarles a los pacientes a solicitar Medicaid u otros programas locales y estatales.

Es nuestro privilegio ayudarle a través de este proceso para encontrar la mejor solución para usted.

Por favor tenga en cuenta la siguiente información:

- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con nuestra Consejera Financiera para programar una cita.
- Todas las solicitudes completas que son enviadas serán procesadas dentro de 10 días de haber sido recibidas. Se le proporcionará una carta de determinación final.
- Cualquier solicitud incompleta será devuelta en el momento que se recibe junto con una carta en la que se le avisara de la información necesaria para procesar la solicitud.
- Cualquier solicitud enviada para la consideración de Ayuda de Caridad que no califique se considerará automáticamente para nuestros programas de Pago con Descuento o Pago Razonable; una aplicación separada no es necesaria.

Devuelva su solicitud completa con toda la documentación justificativa dentro de los 30 días de haber recibido la aplicación. Las solicitudes pueden enviarse por correo, enviarse por correo electrónico o enviarse por fax a lo siguiente:

**Lake Chelan Community Hospital & Clinics
Attn: Patient Financial Counselor
503 E. Highland Ave.
Chelan, WA 98816**

**Email: financialcounseling@lch.net
Fax: 509-682-3475, Attention: Patient Financial Counselor**

Gracias por elegir a Lake Chelan Community Hospital y Clínicas para sus necesidades de atención médica. Nos da gusto poder asistirle en el proceso.

Saludos,

Consejero Financiero
(509)682-6103

503 East Highland Avenue • Post Office Box 908 • Chelan, Washington 98816-0908
Phone (509) 682-3300 • Fax (509) 682-3475 • LakeChelanHospital.com

1. Información de la Parte Responsable

Apellido	Nombre	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento
----------	--------	-----------------	---------------------

Domicilio (Físico)	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------------	------------------	--------	--------	---------------

# Teléfono de Casa	Teléfono alternativo /celular
--------------------	-------------------------------

Nombre del empleador	Domicilio del empleador	Teléfono del empleador
----------------------	-------------------------	------------------------

Función de trabajo/Título	Ingreso anual
---------------------------	---------------

Nombre de su pareja	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento
---------------------	-----------------	---------------------

Nombre del empleador	Domicilio del empleador	Teléfono del empleador
----------------------	-------------------------	------------------------

Función de trabajo/Título	Ingreso anual
---------------------------	---------------

2. Personas en la Familia/Hogar (Incluya solo aquellos que usted reclama en sus impuestos)

	Nombre	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Empleador	Ingreso Anual
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

3. Información de Ingresos y Activos

Para determinar su elegibilidad para uno de los Programas de Asistencia Financiera de Lake Chelan Community Hospital y Clínicas, complete las secciones a continuación. Tenga en cuenta que se requiere información diferente para cada programa.

- **Ingreso mensual: Se requiere para el Programa de Pago de Descuento (Tarifa de Deslizamiento), Plan de Pago Razonable y Asistencia de Caridad.**

Ingresos del Trabajo:	\$
Ingresos de su Pareja:	\$
Seguro Social/Discapacidad:	\$
Ingreso de Negocios/Alquiler:	\$
Intereses/Dividendos:	\$
Pensión alimenticia y/o Soporte:	\$
Otros Ingresos	\$
Ingresos Mensuales Totales:	\$

Documentación Requerida
Debe presentarse al menos una de las siguientes opciones:

- Todos los talones de cheque de los últimos 90 días;
- W-2 más actual para todos los adultos que trabajan;
- Copia de la declaración de impuestos presentados más recientemente;
- Declaración(es) de fondos por Seguro Social
- Si no hay ingresos, adjunte una carta firmada explicando las circunstancias.

- **Gastos Esenciales Mensuales de Vivir Actualmente: Requeridos Para un Plan de Pago Razonable**

Hipoteca/Renta:	\$
Servicios Públicos (gas, agua, electricidad, teléfono):	\$
Seguros de (salud, auto, hogar):	\$
Comida:	\$
Facturas médicas con planes de pago:	\$
Otros Gastos:	\$

Documentación Requerida

- Incluya los más recientes documentos de sus cuentas actuales para cualquier gasto listado/reclamado en esta solicitud;
- Recibos/comprobantes de pago por los montos pagados por alimentos y gastos médicos pagados en los últimos 12 meses. Si no hay recibos disponibles para alimentos, calcule un promedio de \$150.00 por persona.

Al firmar a continuación, usted acepta ser considerado para el Programa de Pago de Descuento de Lake Chelan Community Hospital & Clinics, el Programa de Pago Razonable y/o el Programa de Asistencia de Caridad. Además, usted certifica que todas las declaraciones e información proporcionada en esta solicitud son verdaderas y completas a su mejor conocimiento. Si se determina que la información que proporcionó es incompleta o falsa, cualquier descuento aplicado puede ser revertido y el pago en su totalidad puede ser esperado de usted. Al firmar a continuación, usted autoriza a Lake Chelan Community Hospital & Clinics a verificar referencias e historial de crédito para determinar la elegibilidad. Además, usted acepta al firmar a continuación, que si recibe el pago de una compañía de seguros, plan de compensación por el trabajador o cualquier otro, de informar a Lake Chelan Community Hospital & Clinics sobre dicho pago. Lake Chelan Community Hospital & Clinics se reserva el derecho de cobrar el monto original facturado completo por los servicios prestados, en caso de que otro proporcione una prueba de cobertura.

Firma

Fecha