

Se requiere la siguiente documentación para completar el procesamiento de su solicitud:

- Verificación de un mes de ingresos de todos los ingresos del hogar
- Copia de años anteriores de la declaración completa de impuestos
- Copia del documento de identificación con foto de la persona responsable de la cuenta
- Si no está trabajando, una carta de apoyo
- Tarjetas de Seguro Social de todos los individuos que forman parte de la unidad familiar
- Las copias de todas las facturas médicas pendientes (par a las personas que no califican para el 100% de UCC)
- La prueba de Louisiana Residencia

Pacientes que estén cubiertos por Medicare también están obligados a proporcionar lo siguiente:

- Documentación de los Activos
- Documentación de Pasivos y Gastos
- El estado de cuenta más actual de cheques y cuentas de ahorros

Por favor envíe su solicitud a:

Lake Charles Memorial Hospital  
Attn: Financial Counseling  
3050 Aster Street  
Lake Charles, LA 70601

También puede entregar su solicitud en persona en cualquiera de nuestras sedes.

La ayuda financiera está disponible para los pacientes elegibles que no poseen los medios financieros para pagar por sus servicios médicos. La elegibilidad se determina por el ingreso familiar, número de miembros en la familia y otros factores. Los pacientes cuyo ingreso bruto familiar es igual o inferior al 500% de la pobreza federal directrices para su tamaño de la familia tendrán derecho a la asistencia financiera y no se le cobrará más que las cantidades actuales que generalmente se facturan (más información sobre este cálculo está disponible en la política de asistencia financiera completa). La asistencia financiera se considera siempre secundaria a todas las demás Fuentes de cobertura.

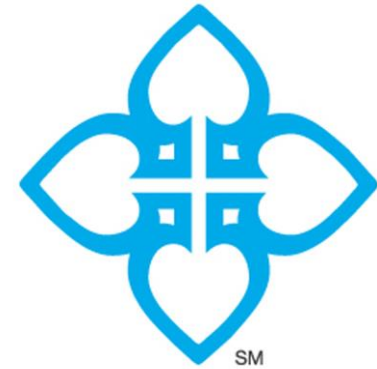
Puede obtener información sobre nuestra política de asistencia financiera visitando nuestro sitio web, [www.lcmh.com](http://www.lcmh.com). También puede llamar a nuestros agentes al número de teléfono 337-494-3265 o visite nuestras oficinas en 3050 Aster Street, para preguntas. o para obtener una copia de nuestra política.

#### **Directriz de Ingreso Familiar**

Tamaño de la Familia	Ingresos mensuales
1	\$5,331
2	\$7,199
3	\$9,068
4	\$10,942
5	\$12,810
6	\$14,679
7	\$16,553
8	\$18,421

Las cantidades están sujetas a cambio.

Para calificar para Asistencia Financiera su ingreso bruto de la familia deben estar en o por debajo de estas directrices.



## Lake Charles Memorial Hospital

**USTED PUEDE  
SER ELEGIBLE  
PARA  
ASISTENCIA  
FINANCIERA**

**PARA  
CALIFICAR,  
USTED DEBE  
ENTREGAR  
ESTA  
SOLICITUD.**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta #(s): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Expediente Médico #: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Por favor, marque el nombre de cada miembro de la familia que desea incluir en la aplicación, además del paciente:**

Miembros de la Familia	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el Paciente	Edad	Sexo
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Ingresos para	Tipo de Ingresos	Bruto Mensual	Nombre del Empleador	Ocupación

¿Es usted un residente del Estado de Louisiana?	
¿Tiene un seguro de salud para cubrir estos servicios?	
Nombre de la Compañía de Seguros _____	Poliza #: _____ Grupo #: _____
¿Es elegible para COBRA?	
¿Tiene cobertura de Medicaid?	
¿Tiene cobertura de Medicare?	

Certifico que la información proporcionada es una declaración exacta y verdadera de mi información financiera; también certifico que no hay cobertura de seguro adicional para este paciente aparte de lo que estaba en la lista en el momento de la inscripción. Entiendo que proporcionar información falsa dará lugar a la denegación de la solicitud de cualquier tipo de asistencia a través de lake charles memorial hospital. Voy a tomar cualquier acción necesaria o solicitada por lake charles memorial hospital para obtener dicha asistencia y asignaré a lake charles memorial hospital, y al recibirla pagaré a lake charles memorial hospital, todos los gastos cobrados hasta cubrir el importe total del saldo pendiente de mi cuenta. Esto incluye cualquier resolución de pago de terceros incluidos pero no limitados a los seguros de automóviles. El incumplimiento de mi parte para aplicar a dicha asistencia o para completar el proceso de solicitud o tomar las acciones razonables necesarias o solicitadas por Lake Charles Memorial Hospital dará lugar a la denegación de esta solicitud. También autorizo a Lake Charles Memorial Hospital para revisar mi historial de crédito a través de la oficina de crédito para verificar mi elegibilidad para este programa. También autorizo a esta instalación para proporcionar mi información a compañías farmacéuticas y / o a persona designada para revisar registros para fines de auditoría. Entiendo que es responsabilidad del paciente / solicitante reportar cuando haya algún cambio en el ingreso familiar, el empleo y / o seguros.

Firma del Paciente (Responsable)		Fecha	
<input type="checkbox"/> Approved Full	<input type="checkbox"/> Approved Partial	Effective Date: _____	Expiration Date: _____

Hospital de Representante		Fecha	
<input type="checkbox"/> Pending Documentation	<input type="checkbox"/> Denied:	_____	

La zona sombreada es para uso de la oficina.