

Los siguientes documentos son necesarios para completar el procesamiento de su solicitud:

- Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar.
- Verificación de ingresos del mes para todos los ingresos del hogar.
- Copia de la Licencia de Conducir de LA o identificación para los miembros adultos del hogar.

Si los solicitan, los siguientes documentos también pueden ser necesarios:

- Si está desempleado, una carta de apoyo.
- Copias de todas las facturas médicas pendientes (para individuos que no califican para el 100%).
- Prueba de residencia en Louisiana.
- Si es autónomo, una copia de su declaración de impuestos sobre la renta completada de los años anteriores.

Los pacientes que están cubiertos por Medicare también deben proporcionar lo siguiente:

- Estado de cuenta más reciente de cuentas de cheques y ahorros.

Por favor, envíe su solicitud completa a:

Lake Charles Memorial Hospital
Attn: Financial Counseling
1701 Oak Park Blvd
Lake Charles, LA 70601

También puede entregar su solicitud en persona en cualquiera de nuestros campus.

La asistencia financiera está disponible para los pacientes elegibles que no pueden pagar por sus servicios de atención médica. La elegibilidad se determina por el ingreso familiar, el tamaño de la familia y otros factores. Los pacientes cuyo ingreso familiar bruto es igual o inferior al 275% de las pautas federales de pobreza para el tamaño de su familia serán elegibles para asistencia financiera y no se les cobrará más que los montos actuales generalmente facturadas (*más información sobre este cálculo está disponible en la póliza de asistencia financiera completa*). La asistencia financiera siempre se considera secundaria a todas las demás fuentes de cobertura.

Para preguntas o para obtener una copia de nuestra política:

337.494.4637

1701 Oak Park Blvd., Lake Charles, LA 70601

Directrices de Ingresos Familiares

Tamaño del hogar	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
	Ingreso máximo anual				
1	\$22,024	\$24,098	\$28,088	\$32,078	\$44,048
2	\$29,863	\$32,674	\$38,084	\$43,494	\$59,724
3	\$37,701	\$41,250	\$48,080	\$54,910	\$75,400
4	\$45,540	\$49,826	\$58,076	\$66,326	\$91,076
5	\$53,378	\$58,402	\$68,072	\$77,742	\$106,752
6	\$61,216	\$66,979	\$78,069	\$89,159	\$122,429

Las cantidades se basan en el FPG de 2026 y están sujetos a cambios.

Para calificar para asistencia financiera, su ingreso bruto familiar debe estar en o por debajo de estas directrices.

Solicitud de Ayuda Financiera

USTED PUEDE CALIFICAR PARA ASISTENCIA FINANCIERA

PARA CALIFICAR DEBE ENVIAR ESTA SOLICITUD



Calle de la dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono #: _____

Por favor, enumere todos los miembros del hogar y coloque una Y en la opción Solicitar para cobertura FA para todos los miembros de la familia que soliciten cobertura a través del Programa de Asistencia Financiera.

Nombre de miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad	Número de registro médico	Otra cobertura médica	Solicitar cobertura FA

¿Son todos los miembros de su hogar residentes legales de los Estados Unidos?

SÍ

NO

¿Es usted residente del estado de Louisiana?

SÍ

NO

¿Algún miembro de su hogar que esté solicitando cobertura está actualmente embarazado o discapacitado?

SÍ

NO

Ingreso del miembro del hogar para	Tipo de ingreso	Ingreso mensual bruto	Nombre del empleador	Ocupación

Certifico que la información proporcionada es una representación precisa y verdadera de mi información financiera. También certifico que no existe otra cobertura de seguro para este paciente más allá de la que fue indicada en el momento de la inscripción. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de la solicitud para cualquier tipo de asistencia a través del Lake Charles Memorial Hospital. Tomaré cualquier acción necesaria o solicitada por el 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 montos recuperados hasta el saldo total pendiente de mi factura. Esto incluye cualquier acuerdo con terceros, incluidos pero no limitados a los seguros de vehículos motorizados. Mi falta de solicitud de dicha asistencia o de seguir el proceso de solicitud o tomar aquellas acciones razonables necesarias o solicitadas por el Lake Charles Memorial Hospital resultará en la denegación de esta solicitud. También autorizo al Lake Charles Memorial Hospital a verificar mi historial crediticio a través de la oficina de crédito para verificar mi elegibilidad para este programa. También autorizo a esta instalación a liberar mi información a fabricantes de productos farmacéuticos y/o a su representante para revisar los registros con fines de auditoría. Entiendo que es responsabilidad del paciente/solicitante reportar cuando haya cambios en la unidad familiar, ingresos, empleo y/o seguro.

Solicitante adulto número 1

Fecha

Solicitante adulto número 2

Fecha

Representante del hospital

Fecha

Todos los miembros adultos del hogar que soliciten cobertura deben firmar la solicitud