

# Hospital Regional Lake Cumberland Aplicación para ayuda económica

Anexo A

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de cuenta del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Dueño/Inquilino      Pago:      Valor:

(domicilio)      (Ciudad)      (Estado)      (código postal)

Empleado  
 Desempleado

Empleador (nombre, domicilio y número de teléfono)

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Padre del paciente (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Madre del paciente (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

**A. Salarios:** Indique los salarios de cada persona de su hogar.

<p><b>SALARIO DEL PACIENTE:</b></p> <p>\$ _____ Salario anual      \$ _____ Pago por hora</p> <p>\$ _____ Salario mensual      # _____ Promedio de horas por semana</p>	<p><b>OTROS SALARIOS:</b></p> <p>Nombre      \$ _____ Salario anual      \$ _____ Pago por hora</p> <p>Relación      \$ _____ Salario mensual      # _____ Promedio de horas por semana</p> <p>Empleador _____</p>
<p><b>OTROS SALARIOS:</b></p> <p>Nombre      \$ _____ Salario anual      \$ _____ Pago por hora</p> <p>Relación      \$ _____ Salario mensual      # _____ Promedio de horas por semana</p> <p>Empleador _____</p>	<p><b>OTROS SALARIOS:</b></p> <p>Nombre      \$ _____ Salario anual      \$ _____ Pago por hora</p> <p>Relación      \$ _____ Salario mensual      # _____ Promedio de horas por semana</p> <p>Empleador _____</p>

**B. Otros recursos:** Indique el monto total de otros recursos que tenga disponibles, lo que incluye cajas de ahorro, cuentas de cheques, acciones, bonos, fideicomisos, etc. \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

Indique el monto de ingresos anuales que recibe de estos recursos, lo que incluye ingresos por intereses, dividendos, ingresos por rentas, etc. \$ \_\_\_\_\_

**C. Integrantes del hogar:** Indique la cantidad de personas en el hogar del paciente: \_\_\_\_\_

**D. Verificación de ingresos:** Brinde los siguientes documentos para verificar los ingresos del hogar:

- Formulario W-2 del IRS
- Recibos de sueldo
- Devolución de impuestos
- Extractos bancarios
- Verificación del empleador
- Prueba de participación en programas de asistencia gubernamental, como cupones para alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC
- Cartas de determinación de indemnización por desempleo o de seguridad social
- Otro, describir

Si no puede brindarnos la documentación de una de las fuentes de ingresos listada anteriormente, explique por qué esta información no está disponible:

**Comprendo que el Hospital Regional Lake Cumberland puede verificar la información financiera que contiene esta Aplicación para ayuda económica ("Aplicación") en relación con la evaluación de esta Aplicación por parte del Hospital, y con mi firma autorizo por la presente a mi empleado a certificar la información provista en esta Aplicación. Además, autorizo al Hospital a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguridad Social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender, y comprendo que falsificar la información de esta Aplicación puede provocar la denegación de la ayuda económica.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente o parte responsable \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hospital/Representante - Cargo \_\_\_\_\_

**Aplicación/Prueba de ingresos FECHA LÍMITE PARA EL CONSULTORIO:** \_\_\_\_\_

# **Hospital Regional Lake Cumberland** **Aplicación para ayuda económica**

Anexo B

Estimado paciente:

Como parte de su compromiso para servir a la comunidad, el Hospital Regional Lake Cumberland elige brindarles ayuda económica a las personas que cumplan con ciertos requerimientos de ingresos y activos.

Para determinar si una persona puede calificar para recibir ayuda económica, debemos obtener cierta información financiera según lo que se describe en esta aplicación. Su cooperación nos permitirá darle la debida consideración a su solicitud de ayuda económica.

Complete la Aplicación para ayuda económica y devuelva el formulario completado a nuestros asesores financieros a la siguiente dirección:

**Hospital Regional Lake Cumberland**  
**P.O. Box 620**  
**Somerset, Kentucky 42502**  
**Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.**

Continuará recibiendo extractos y continuaremos intentando cobrar esta deuda hasta que se apruebe su solicitud de ayuda.

A continuación encontrará las instrucciones para completar su aplicación económica. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese al **(606) 451-2956** o **(606) 451-5098**.

***Toda consideración o potencial aprobación de ayuda aplica SOLO a los servicios provistos por el Hospital Regional Lake Cumberland y no está relacionada en forma alguna con facturas de médicos ni aplicada a estas, ya sean de su médico de cabecera o un médico de consulta, patólogo, radiólogo o de otro tipo que pueda estar involucrado en su atención.***

## **Sección A: Salarios**

En la Sección A de la Aplicación para ayuda económica, indique la cantidad en dólares y el promedio de horas trabajadas por semana que cada persona en la lista recibe como pago.

## **Sección B: Otros recursos:**

En el primer espacio de la Sección B de la Aplicación para ayuda económica, indique la cantidad en dólares y el origen que ha invertido en cuentas de cheques, cajas de ahorros, acciones, fideicomisos, etc. En el segundo espacio, indique la cantidad en dólares de los ingresos que recibe anualmente por dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio podría indicar que tiene \$5,000 en una caja de ahorro y, en el segundo espacio, que gana \$250 de intereses anuales en dicha cuenta.

## **Sección C: Integrantes del hogar**

La Sección C de la Aplicación para ayuda económica requiere información sobre la cantidad de personas que viven en la casa del paciente. Este número debe incluir al paciente, el cónyuge del paciente y los dependientes del paciente o toda otra persona que viva en la casa y que la sustente. Si el paciente es menor de edad, incluya al paciente, la madre o el padre del paciente o el tutor legal y todo residente dependiente de la madre o del padre del paciente o del tutor legal o pareja.

## **Sección D: Verificación de ingresos**

Para considerar su solicitud para ayuda económica, se requiere verificar los ingresos informados en la Sección A de la Aplicación para ayuda económica. Brinde una copia de cualquiera de los siguientes documentos: Formulario W-2 del IRS, declaración de ingresos e impuestos; recibo de sueldo; devolución de impuestos, extracto bancario; otro indicador adecuado de ingresos.

**Si no puede brindar la documentación de una de las fuentes de ingresos listadas anteriormente, brinde una explicación por escrito en la Sección D de la Aplicación para ayuda económica.**

## **Firma y fecha:**

Firme y coloque la fecha en la Aplicación para ayuda económica, lo que certifica que la información que contiene la aplicación es verídica a su leal saber y entender. La firma también indica que acepta permitirle al Hospital Regional Lake Cumberland verificar la información contenida en la aplicación con agencias de informes de crédito y con su empleador. ***Devuelva la aplicación completada y firmada al Consultorio dentro de los 10 días.***

**Si necesita ayuda para completar esta aplicación, comuníquese con nosotros de lunes a viernes al (606) 451-2956 o (606) 451-5098 entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m.**

**Aplicación/Prueba de ingresos FECHA LÍMITE PARA EL CONSULTORIO: \_\_\_\_\_**

***Hospital Regional Lake Cumberland***  
**PLANILLA DE APROBACIÓN DE AYUDA ECONÓMICA**  
 Solo para usar en el consultorio

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ (LCAPP)

Número de cuenta: 1.) \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_ 3.) \_\_\_\_\_ 4.) \_\_\_\_\_

Saldo adeudado: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Total de saldo adeudado en todas las cuentas: \$ \_\_\_\_\_  Saldo total < \$500 – No califica (SAL<)

Cantidad de personas en el grupo familiar: \_\_\_\_\_ **Límite de ingresos anuales para el Programa:** \$ \_\_\_\_\_

(CPGF) (LIA)

Fuente de ingresos 1: \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(ING1)

Mensual/por hora: \$ \_\_\_\_\_ Promedio de horas/semana: \_\_\_\_\_ X 52 sem./12 meses = \$ \_\_\_\_\_

(ME/HR) (PROMHR) (ANL1)

Fuente de ingresos 2: \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(ING2)

Mensual/por hora: \$ \_\_\_\_\_ Promedio de horas/semana: \_\_\_\_\_ X 52 sem./12 meses = \$ \_\_\_\_\_

(ME/HR) (PROMHR) (ANL2)

Fuente de ingresos 3: \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(ING3)

Mensual/por hora: \$ \_\_\_\_\_ Promedio de horas/semana: \_\_\_\_\_ X 52 sem./12 meses = \$ \_\_\_\_\_

(ME/HR) (PROMHR) (ANL3)

Fuente de ingresos 4: \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(ING4)

Mensual/por hora: \$ \_\_\_\_\_ Promedio de horas/semana: \_\_\_\_\_ X 52 sem./12 meses = \$ \_\_\_\_\_

(ME/HR) (PROMHR) (ANL4)

**INGRESOS ANUALES TOTALES** \$ \_\_\_\_\_

(TOTING)

Límite de bienes para el Programa: \$ \_\_\_\_\_ Bienes totales del paciente: \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

(BIELÍM) (BIETOTPA) (BIETOTFUE)

Verificación de ingresos provista (incluya todas): \_\_\_\_\_ (INGVER)

(W-2, formulario 1099, recibo de sueldo, devolución de impuestos + año, carta de seguridad social, carta de compensación laboral, carta de compensación por desempleo, programa gubernamental, extracto bancario, muerte del paciente, verificación del empleador, declaración escrita u oral de ingresos, otro - indique)

Informe de crédito adjunto. Pagos mensuales totales identificados: \$ \_\_\_\_\_  Revisar discrepancias

(INFCRÉD) (CRPROB)

¿Los ingresos totales anuales/bienes son iguales o menores al 200 % de las Guías de Pobreza federales y el saldo adeudado es mayor a \$500? (Ver Guías de Ayuda económica de LCRH, Anexo A)

Sí - Aprobado - Ayuda económica de LCRH como económicamente indigente  Nivel 101-150 %  Nivel 151-200 %  
 (AEAPR) + (FWDREV) (APB150) (APB200)

No - Denegado – El paciente no califica para la ayuda económica de LCRH como económicamente indigente  
 (AEDEN) + (FWDREV)

**Saldo total (TOTSAL) Monto de descuento (DESC) Saldo adeudado del paciente (PACDEUD)**

1.)	\$ _____	<b>X</b>	_____ %	=	\$ _____	\$ _____
2.)	\$ _____	<b>X</b>	_____ %	=	\$ _____	\$ _____
3.)	\$ _____	<b>X</b>	_____ %	=	\$ _____	\$ _____
4.)	\$ _____	<b>X</b>	_____ %	=	\$ _____	\$ _____

**Completado por:**  **APROBADO** (LCRHA)  **DENEGADO** (LCRHD)

Nombre del empleado	Fecha	Kevin Albert/ Junta directiva (\$500-\$20,000)	Director Financiero (\$20,001+)	Fecha
---------------------	-------	--	------------------------------------	-------