

beneficios.

El Programa de Asistencia Financiera No Es Seguro Médico APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DE PACIE	NTE (En letra	del molde po	r favor)				
Nombre de Paciente:	Número de Expediente Médico:						
Fecha de Nacimiento del Paciente:			Número de Seguro Social del Paciente:				
Dirección: Numero y Calle/Ciudad/Estado/Código Postal			Condado (Debe Completar):				
Número de Teléfono Durante el Día:			Número de Teléfono Alternativo:				
Nombre de Empleador:	Nombre de Esposo(a): Nombre de Empleador de su Esposo(a): Seguro Social de su Esposo(a):						
Si ya recibió una factura, indíc	quenos su (s) nί	imero (s) de cu	ienta:				
Dependientes (incluido el pac	, .	entes según se	informa e				ales
 viven con usted más de la m no proporcionan más de la m manutención durante el año permanentemente discapacit 	nitad de su prop	ia			n menores d		un estudiante
Número de dependientes: Incl	úvase si usted e	es el naciente					
Nombre	Relación al paciente	Fecha de Nacimiento	Nombre	2		Relación al paciente	Fecha de Nacimiento
Recursos médicos: Cuenta de	ahorros para la	salud / Cuenta	de gastos	flexible / Cı	ienta de ah	orros nara ga	istos médicos
Nombre de Cuenta:	anonos para ia	baraa / Caerra	t de gastes	Hemore / Co	201114 40 411	orros para ga	
Número de Cuenta:							
Información del Seguro de Sa	lud: (Daha com	unlatar) Usa n	anal adicio	nal si as na	casario a in	eluva conias	do la tariota
Nombre de Compañía:	iud. (Debe com		ombre de S		esario e in	ciuya copias	ue iu iurjeiu
Número de Identificación:			imero de C	1			
Dirección de reclamaciones de	e Seguros:			•			
Número de teléfono del Segur	ro:						
¿Ha solicitado asistencia mé	dica en los últi	mos 6 meses	?		S	í No	
Si la respuesta es SÍ, adjunte una c	opia de la Carta	de denegación o	la Prueba d	de elegibilidad	d (incluva la	carta o la tari	eta de Access)

Si la respuesta es NO, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado para obtener orientación sobre cómo solicitar estos

Aplicación para el Programa de Asistencia Financiera (Página 2)

El Programa de Asistencia Financiera No Es Seguro Médico

¿LVHN brindó atención por las lesi	ones sufridas	en un accident	te causado por otra persona? Si N	0	
	esiones, o si	ya ha recuperad	e accidente. Si tiene la intención de presentar un re lo alguna cantidad por dicho reclamo, identifique a o reclamo.		
Fecha del Accidente: Naturaleza del Accidente: Parte Responsable:					<u> </u>
Nombre y número de teléfono o	del abogado:				
			otros miembros del hogar. También adjunte copias (consulte la lista de verificación de la documentac		aración de
	Usted	Esposo(a)		Usted	Esposo(a)
Salarios / Autoempleo			Desempleo		
Seguro Social			Compensación de trabajadores		
Pensión o ingreso de jubilación			Pensión alimenticia y manutención de los hijos		
Dividendos e intereses			Otros ingresos		
Alquileres y regalías			Ingreso familiar mensual total		
			Ingreso bruto ajustado		
información que he proporciona recibir asistencia financiera. Autorizo a cualquier banco, ins cualquier información solicitad Entiendo que, si soy aprobado por la cual recibí atención en L' (Servicios financieros para paci	titución cred a por LVHN para recibir a VHN, o por r ientes) sobre ficará y se co	er falsa, entiend iticia, compañía relacionada con sistencia financ mi propio segur dicha reclamac	a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia lo que LVHN volverá a evaluar mi estado financier a de seguros, empleador o cualquier acreedor del sun cualquier asunto financiero relacionado o relacio ciera y reclamo para recuperar los daños del tercero o o falta de seguro, debo notificar a LVHN Patientión. Además, entiendo que, en esas circunstancias, o pendiente hasta que se resuelva la reclamación y	o y califica uscrito a di nado con e que causó Financial mi aproba	vulgar el suscrito. las lesiones, Services ución de
Firma:			Fecha:		
			re el paciente, ser padre/madre o tener guardián legal del menor		orcionar prueba)
¿Nos da permiso para hablar	con otra pe	ersona sobre si	u solicitud de FAP y la información relacionad	la? S	i No
	•		nos hablar?		
Por favor, separe este formul	ario y súbalo	en MyLVHN	, envíe un fax al 484-884-8527 o envíelo a:		
			y Health Network Access, Financial Counselor d, 3 rd Floor		

PO BOX 1866

Allentown PA 18105-1866

1/8/2025-LT