

Lake Health District

700 South J Street, Lakeview, OR 97630(541) 947-2114

INSTRUCCIONES/CALIFICACIONES DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Finalización de la solicitud

- La Solicitud de Asistencia Financiera puede imprimirse desde el sitio web del Distrito de Salud de Lake o recibirse en la Oficina de Servicios al Paciente. Las solicitudes se pueden solicitar por correo.
- La solicitud completa debe presentarse dentro de los 240 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Las solicitudes incompletas serán devueltas con una solicitud de información adicional. Para continuar con el proceso de solicitud, se debe recibir información adicional dentro de los 30 días. Si la solicitud completa no se recibe dentro de los 240 días del estado de cuenta inicial, se denegará la asistencia financiera y continuará el proceso de cobro normal.
- Lake Health District tomará una decisión sobre las solicitudes dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa. Las cartas de determinación se enviarán por correo.
- Toda la información relacionada con la solicitud de asistencia financiera se mantendrá confidencial.

Criterios de elegibilidad y cantidades cobradas a los pacientes

1. Los descuentos se pondrán a disposición de los pacientes elegibles en una escala móvil de tarifas, de acuerdo con la necesidad financiera, según se determine en referencia a los Niveles Federales de Pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación. Una vez que LHD haya determinado que un paciente es elegible para asistencia financiera, ese paciente no recibirá ninguna factura futura basada en cargos brutos sin descuento. La base de los montos que LHD cobrará a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera es la siguiente:
 - Los pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200 % del FPL son elegibles para recibir asistencia financiera completa (atención gratuita);
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares están por encima del 200 % pero no más del 400 % del FPL son elegibles para recibir servicios con descuento en un programa de tarifas variables. Los descuentos se aplicarán al costo del paciente. Los servicios se descontarán a un monto que no supere los montos que generalmente recibe LHD para los pacientes de Medicare (los montos generalmente facturados, AGB). A ningún paciente elegible para Asistencia financiera se le facturará más que el monto AGB.
 - Los beneficios por discapacidad para veteranos no se incluyen como ingresos en la solicitud de ayuda financiera debido a que no están sujetos a impuestos según el gobierno federal.
 - Consulte el Apéndice A para ver la tabla de FPL
2. Determination
 - A. Las consideraciones para la asistencia incluyen una revisión de los ingresos familiares anuales de las partes responsables en función de las declaraciones de impuestos del año anterior y otras pruebas verificables de ingresos (talones de pago, etc.). Las pautas federales también consideran la cantidad de personas que viven en un hogar, no la cantidad de dependientes.
 - B. La situación laboral debe considerar la probabilidad de ingresos futuros suficientes para cumplir con la obligación relacionada con la atención médica dentro de un período de tiempo razonable. Se pueden considerar otras obligaciones financieras.
 - C. La necesidad de asistencia financiera será reevaluada en cada momento subsiguiente de servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes de la fecha del servicio, o en cualquier momento información adicional relevante a la elegibilidad del paciente para asistencia financiera se hace conocido
 - D. Las asignaciones de asistencia financiera se realizarán después de que otra fuente de pago haya realizado cualquier determinación de elegibilidad pendiente.
 - E. La determinación de la asistencia se basa en la situación financiera actual del solicitante.
 - F. La elegibilidad para la asistencia financiera no está restringida por motivos de raza, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual.
 - G. La asistencia financiera está disponible solo para servicios médicamente necesarios.

¿Qué pasa si tengo preguntas o necesito ayuda para llenar la solicitud?

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la Solicitud de Asistencia Financiera, puede comunicarse con la Oficina de Negocios de LDH: Teléfono: (541) 947-2114. En persona: Oficina comercial de LDH, 700 South J St., Lakeview, OR 97630.

Envíe su solicitud por correo o en persona: LDH Business Office, 700 South J St., Lakeview, OR 97630

Envíe su solicitud por correo electrónico a: ptsvcs@lakehealthdistrict.org

Guarantor Signature

Date



Lake Health District

700 South J Street, Lakeview, OR 97630

(541)947-2114

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información del garante:

Nombre del garante: Apellido, Nombre, Inicial					
Fecha de nacimiento	Número de cuenta	Empleador: Nombre, Dirección, Teléfono			
Dirección	Ciudad	Expresar	Código postal	Telephone	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Expresar	Código postal		

Información del hogar: Indique TODAS las personas que viven en su hogar, incluido el solicitante

Enumere a todas las personas que viven en su hogar (incluido usted mismo). Los ingresos incluyen salarios brutos, salarios, propinas, ingresos por trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública/gubernamental, compensación por jubilación, etc.

***Los ingresos también incluyen el alquiler o los gastos de manutención intercambiados por los servicios prestados.**

**** La Compensación por Discapacidad de Asuntos de Veteranos no está incluida como ingreso**

Los miembros del hogar	Fecha de nacimiento	Relación	Fuente de ingresos y / o empleador	Ingreso bruto anual
1.				\$
2.				\$
3.				\$
4.				\$
5.				\$
6.				\$

Nivel federal de pobreza de ingresos 2025	línea base	< 200%	200% - 300%	300% - 350%	350% - 400
Discount %	100%	100%	75%	50%	25%
Personas en la familia/hogar	Ingresos anuales				
1	\$15,650	\$31,300	\$31,301-\$ 46,950	\$ 46,951-\$ 54,775	\$ 54,776- \$62,600
2	\$20,440	\$ 40,880	\$ 40,881- \$ 61,320	\$ 61,321-\$ 71,540	\$ 71,541-\$ 81,760
3	\$26,650	\$ 53,300	\$ 53,301-\$ 79,950	\$ 79,951-\$ 93,275	\$ 93,276-\$ 106,600
4	\$32,150	\$ 64,300	\$ 64,301-\$ 96,450	\$ 96,451-\$ 112,525	\$ 112,526-\$ 128,600
5	\$37,650	\$ 75,300	\$ 75,301-\$ 112,950	\$ 112,951-\$ 131,775	\$ 131,776-\$ 150,600
6	\$43,150	\$ 86,300	\$ 86,301-\$ 129,450	\$ 129,451-\$ 151,025	\$ 151,026- \$172,600
7	\$48,650	\$ 97,300	\$ 97,301-\$ 145,950	\$ 145,951-\$ 170,275	\$ 170,276-\$ 194,600
8	\$54,150	\$ 108,300	\$ 108,301-\$ 162,450	\$ 162,451-\$ 189,525	\$ 189,526-\$216,600
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona adicional.					

Información recuperada de: <https://spe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Acepto pagar la cantidad acordada como se indica en el Plan de pago del paciente, por las facturas médicas incurridas en Lake Health District. Además entiendo que el Lake Health District determinará el pago requerido.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación y por la presente autorizo a cualquier parte contactada por Lake Health District a divulgar la verificación solicitada al Health District.

Firma del garante: _____

Fecha: _____

Esta institución es un empleador y proveedor de igualdad de oportunidades.