A picture containing graphics, font, graphic design, text

Description automatically generated

**Proceso de Ayuda Financiera**

**Life Flight Network** puede proporcionar asistencia financiera en una escala de tarifas variantes conforme califiquen los solicitantes, y esto es debido al apoyo de nuestra Fundación y las contribuciones financieras de nuestros donantes

**Si tiene preguntas o necesita ayuda llenando esta solicitud, favor de comunicarse con:**

El Departamento de Servicios de Finanzas para pacientes de lunes a viernes de las 8:00 am a las 5:00 pm, Hora del Pacifico, número gratis 1(866) 883-9998.

**Para que su solicitud sea procesada, usted debe:**

Llenar y regresar una solicitud con la documentación solicitada durante un período de 30 días de haber recibido la solicitud.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

Proporcionar la documentación solicitada con respecto al ingreso de su hogar.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

Proporcionar la documentación solicitada con respecto a los activos de su hogar.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

Proporcionar todas las cartas necesarias.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

Proporcionar cualquier información adicional que sea solicitada.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

Firmar y fechar el formulario.

Porperty (excluding primary residence Owns a business

**Enviar en el sobre adjunto, por correo, o mandar por fax la solicitud completada con toda la documentación requerida a:**

Quick Med Claims PO Box 18210 Pittsburgh, PA 15236-0210**; Fax:** (888) 489-8991**.**

**FAVOR DE GUARDAR UNA COPIA PARA USTED.**

Le enviaremos una notificación de la resolución final de su elegibilidad dentro de un período de 30 días hábiles de haber recibido la solicitud de ayuda financiera, incluyendo cualquier información adicional o documentación de respaldo que le pidamos.

Su solicitud es confidencial y sólo será leída por el personal necesario que la va a procesar. Al presentar una solicitud de ayuda financiera, usted nos da su consentimiento para que nosotros hagamos las investigaciones necesarias para confirmar sus obligaciones e información sobre sus finanzas y para recibir información sobre su crédito.

**There. When you need us.® www.lifeflight.org**

A picture containing graphics, font, graphic design, text

Description automatically generated

**Formulario de solicitud de ayuda financiera**

Favor de llenar toda la información en su totalidad. Si no aplica, escriba “NA”. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ANTES DEL PROCESAMIENTO** | | | | |
| **¿Ha solicitado el paciente ayuda de Medicad o del condado?** Si  No Puede que esto sea necesario antes de ser considerado para ayuda financiera  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business | | | | |
| **TENGA EN CUENTA QUE** | | | | |
| * No le garantizamos que va a calificar para ayuda financiera * Una vez que envíe su solicitud, puede que le pidamos información adicional, o documentación de apoyo. * Dentro de un período de 30 días de haber recibido su solicitud completada, incluyendo cualquier información adicional o documentos de apoyo que le hayamos pedido, le enviaremos notificación si califica para recibir ayuda. | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | |
| **Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LFN números de serie(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Deuda total LFN$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **PERSONA RESPONSABLE (puede que sea el mismo paciente)** | | | | |
| **Persona responsable Nombre Apellido FDN SS# Ocupación Empleador** | | | | |
|  | | | | |
| **Persona responsable del cónyuge Nombre Apellido FDN SS# Ocupación Empleador** | | | | |
|  | | | | |
| **NÚMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA**  **Número total de miembros en el hogar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Debe ser*** *verificado por medio de la declaración de impuestos u otra documentación* | | | | |
| **INGRESOS** | | | | |
| **Debe proveer información sobre los ingresos de los ocupantes de su hogar. Se requiere verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera. Favor de mostrar comprobante para cada fuente de ingresos.** | | | | |
| * La declaración de impuestos del año pasado (no un resumen), adjunte la declaración de retención W-2 y registros si aplican y * Talones de pago actuales (3 meses); o * Declaraciones firmadas por su empleador u otros; o * Comprobante de compensación por desempleo; o * Resumen del Seguro Social y * Documentación de ingresos por pensión o jubilación   **Si no tiene ningún comprobante de ingresos o no tiene ingresos, favor de adjuntar una página adicional con la explicación.** | | | | |
| **Total de ingresos mensuales** | **Paciente** | **Persona responsable** | **Cónyuge** | **Otros** |
| **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **ACTIVOS** | | | | |
| **Debe presentar información y documentación de los activos del hogar.** | | | | |
| **Favor de adjuntar tres meses de detalles de sus cuentas y declaraciones de cheques y ahorros para todas las cuentas que le pertenecen a usted y/o a su cónyuge.** | | | | |
| **¿Tiene su familia estos bienes y activos? Marque todos los que aplican:**  Acciones Bonos 401K Cuenta de ahorro para gastos médicos Fideicomiso Propiedades (excluya su residencia) Dueño de negocios  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business  Porperty (excluding primary residence Owns a business | | | | |
| **CIRCUMSTANCIAS PERSONALES** | | | | |
| **Debe adjuntar una carta declarando su situación financiera, circunstancias y por qué usted piensa que es un candidato para recibir ayuda financiera. Si está viviendo con amigos o parientes, es necesario que presente una carta firmada de apoyo.** | | | | |
| **ACUERDO** | | | | |
| Doy por entendido que Life Flight Network tiene derecho de verificar la información por medio de revisar la información sobre crédito provista por una compañía tercera y obteniendo información de otras fuentes para ayudarlos a determinar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera. Doy fe que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Tengo entendido que sí la información sobre mis finanzas que presente es falsa o incompleta, puede que el resultado sea que me nieguen la asistencia financiera, y que yo pueda ser responsable por, y se espera que, pague por los servicios prestados.  **­­­­Firma de la persona responsable Firma del cónyuge**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |