



Proceso de Asistencia Financiera

Gracias al apoyo de nuestra Fundación y aportes económicos de nuestros donantes, **Life Flight Network** puede brindar asistencia financiera en una escala móvil de tarifas a quienes califican.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con:

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes Lunes-Viernes 8:00 am to 5:00 pm PST, toll free at 1(866) 883-9998.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con:

- Prueba de ingresos del hogar.
- Prueba de techo de bienes del hogar.
- Proveer las cartas necesarias. as defined in the application on page 2
- Información adicional según lo solicitado.
- Firmar y fechar el formulario

Envíe usando el sobre adjunto, por fax con solicitud completa, o responda al correo electrónico seguro que recibió junto con todos los documentos requeridos a:

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

ASEGURESE DE CONSERVAR UNA COPIA PARA USTED.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida cualquier información adicional o documentos de respaldo que podamos solicitar.

Su solicitud es confidencial, y la visualización estará limitada al personal necesario para procesar la solicitud. Al enviar una solicitud, usted nos autoriza a revisar los registros de crédito y realizar las consultas necesarias para confirmar las obligaciones e información financiera.



Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor completa toda la información completamente. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACION DE PESELECCION

¿El paciente solicitó Seguro de enfermedad o asistencia del Si No *Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera.*

TENGA EN CUENTA

- No Podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que le solicitemos información adicional o documentación de respaldo.
- Dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud completa, incluida cualquier información adicional o documentación de respaldo que podamos solicitar, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

INFORMACION DEL PACIENTE

Número de ejecución de
Life Flight Network _____

Fecha _____

PERSONAL RESPONSABLE (Personal Responsible: Completar si no es el paciente.)

Relación

Primer Nombre

Apellido

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Número total de miembros de la familia del hogar _____ Debe ser verificado mediante declaración de impuestos u otra documentación.

INFORMACION DE INGRESOS

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su hogar. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Por favor proporcione prueba para la solicitud de ingresos.

- Declaración de impuestos del último año. (No un resumen), Incluida la declaración de retención W-2 y los anexos, si corresponde; y
- Talones de pago actuales (3 meses): o
- Declaración escrita y firmada del empleador u otros; si el recibo de pago no está disponible.
- Prueba de compensación por desempleo (si corresponde); o
- Resumen de seguridad social (si corresponde); y
- Documentación de ingresos de pensión o jubilación (si corresponde).

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación.

Ingresos Mensuales Totales	Paciente	Personal Responsable	Cónyuge	Otro
\$	\$	\$	\$	\$

INFORMACION DE ACTIVOS

Deberá aportar documentación informativa sobre los bienes del hogar.

Proporcione estados de cuenta de tres meses para todas las cuentas de su propiedad y/o de su cónyuge, incluidas las cuentas de cheque y de ahorro.

¿Tiene su hogar estos bienes? Por favor marque todos los que apliquen:

Acciones Bonos Cuenta(s) de ahorro para la salud Fideicomisos Propiedad (Segunda casa/casa de vacaciones) Posee un negocio

CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

Provea la situación financiera de tres meses, las circunstancias y por qué cree que es candidato para recibir asistencia financiera.

Si vive con amigos o familiares, es necesaria una carta de apoyo firmada.

ACUERDO

Entiendo que Life Flight Network puede verificar la información revisando la información crediticia proporcionada por una empresa externa y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa o incompleta, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera y que puedo ser responsable del pago esperado por los servicios resentados.

Firma del Responsable

Fecha
