

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Sección 1. Información del solicitante

Nombre (primer, segundo, apellido) (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): _____ Número de seguro social (SSN): _____

Dirección (Address): _____

Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código postal (Zip Code): _____ Número de teléfono (Phone Number): _____

☐ Propietario (Own) ☐ Rento (Rent) ☐ Sin hogar (Homeless) ☐ Vivienda provista por un pariente o amigo (Housing provided by relative or friend)Estado civil: ☐ Soltero (Single) ☐ Casado (Married) ☐ Divorciado (Divorced) ☐ Separado (Separated)Situación laboral: ☐ Tiempo completo (Full-time) ☐ Tiempo parcial (Part-time) ☐ Autónomo (Self-employed) ☐ Desempleado (Unemployed)
☐ Discapacitado (Disabled) ☐ Estudiante (Student)

Empleador (Employer): _____

Si está desempleado, última fecha laboral (If unemployed, last date worked): _____

Sección 2. Miembros del hogar según los reclamados en la declaración de impuestos (use una página aparte para dependientes adicionales).

Nombre (Name)	Número de seguro social (SSN)	Parentesco (Relationship)	Fecha de nacimiento (DOB)

Sección 3. Información de terceros

1. ¿La enfermedad se debe a un accidente automovilístico o a una lesión personal? ☐ Sí (Yes) ☐ No ☐ No aplica (Not Applicable)

(Is illness due to a motor vehicle or personal injury accident)

Fecha del accidente (Date of Accident): _____

2. ¿Usted recibe o ha solicitado Medicaid? (Do you receive or have you applied for Medicaid) ☐ Sí (Yes) ☐ No ☐ No aplica (Not Applicable)3. ¿Usted ha solicitado algún tipo de seguro médico a través del Mercado de Intercambio de Salud? ☐ Sí (Yes) ☐ No ☐ No aplica (Not Applicable)

(Have you applied for insurance through the Healthcare Market Exchange)

Sección 4. Ingreso (proporcione su información de ingreso, la de su cónyuge y demás miembros de la familia - si corresponde).

Fuente de ingresos (Income Source)	Salario bruto mensual (Monthly Gross Pay)	Frecuencia (How often)	¿Quién recibe estos ingresos? (Who receives this income)
Salarios/trabajo por cuenta propia (Wages/Self-Employment)			
Beneficios del seguro social (Social Security Benefits)			
Pensión/jubilación/anualidad (Pension/Retirement/Annuity)			
Manutención infantil (Child Support)			
Desempleo, Beneficios por discapacidad a corto o largo plazo (Unemployment, Short/Long-Term Disability Benefits)			
Indemnización laboral (Workers' Compensation)			
Intereses/dividendos/inversiones (Interest/Dividends/Investment)			
Ingresos por alquiler de propiedades (Rental Property Income)			

1. ¿Usted u otros miembros del hogar poseen bienes inmuebles que no sean su residencia principal? (Bienes raíces, terrenos, propiedades de inversión, usufructos vitalicios, casas móviles, etc.) ☐ Sí (Yes) ☐ No

(use una página aparte para propiedades adicionales)

Tipo de propiedad (Type of Property)	Propietario (si es propiedad conjunta, enumere todo) (Owner (if jointly owned, list all))	Valor de mercado (Market Value)

Sección 5. Activos líquidos y pagos únicos (indique si tiene una cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificado de ahorro, acciones o bonos, cuentas fiduciarias). (Use una página aparte para cuentas adicionales).

☐ No tengo cuenta corriente, de ahorros, del mercado monetario u otra(s) cuenta(s) de activos líquidos.

(I do not have a checking, savings, money market or other liquid asset account(s).)

Tipo de cuenta/número (Account Type/ Number)	Titular de la cuenta (Account Owner)	Banco/nombre de la institución (Bank/Facility Name)	Saldo (Balance)

Pago único Fuente de ingresos (Lump Sum Payment Income Source)	¿Algún miembro del hogar ha recibido lo siguiente?: (Has any household member received the following:	En caso afirmativo, ¿cuándo se recibió este pago? (If yes, when was this payment received?)	Miembro del hogar (Household Member)
Herencias (Inheritances)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Lotería u otros premios (Lottery or Other Winnings)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Seguro o acuerdo de indemnización laboral (Insurance/Worker's Comp Settlement)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Seguro social/acuerdo de discapacidad por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos (Social Security/VA Disability Settlement)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Indemnización por despido (Severance Pay)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Ganancias de capital (Capital Gains)	☐ Sí (Yes) ☐ No		
Otro pago único (Other Lump Sum Payment)	☐ Sí (Yes) ☐ No		

*La información sobre activos líquidos y el pago único es necesaria para procesar su solicitud.

Tenga en cuenta que el no completar todas las secciones podría resultar en el rechazo de su solicitud.

☐ Entiendo que esta solicitud aplica únicamente a los servicios prestados por Lexington Medical Center y los Consultorios Médicos Afiliados. Esto no aplica a los servicios prestados por otras personas que hayan colaborado en mi tratamiento. **Entiendo que no todos los servicios médicos en Lexington Medical Center y los Consultorios Médicos Afiliados califican para recibir asistencia financiera. Esto incluye el tratamiento de todos los procedimientos electivos y todo tratamiento relacionado a un accidente automovilístico.**
(I understand that this application applies only to services provided by Lexington Medical Center and Affiliated Physician Practices. This does not apply to services provided by others who may have assisted in my treatment. I understand that not all medical services at Lexington Medical Center and Affiliated Physician Practices qualify for financial assistance to include treatment for all elective procedures and all treatment related to a motor vehicle accident.)

☐ Entiendo que mi expediente clínico es confidencial, y que no se divulgará ninguna información a menos que yo lo autorice debidamente.
(I understand that my case record is confidential, and no information will be released from it unless properly authorized by me)

Autorizo a Lexington Medical Center a obtener una copia de mi reporte de crédito. Esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para este programa. También entiendo que Equifax Information Services (agencia de reporte de créditos) prohíbe a Lexington Medical Center y los Consultorios Médicos Afiliados de proporcionar esta información al consumidor para uso personal.

Certifico que he leído o me han leído todas las declaraciones de este formulario y que la información proporcionada es verdadera y completa según mi conocimiento. Entiendo que si he proporcionado deliberadamente información falsa u ocultado información sobre cualquier situación, soy susceptible a ser procesado por fraude y Lexington Medical Center y los Consultorios Médicos Afiliados se reservan el derecho de revocar mi aprobación para la asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Lexington Medical Center.

Firma del Solicitante (Applicant's Signature)		Fecha (Date)
Firma del representante autorizado (si aplica) (Signature of Authorized Representative (if applicable))	Parentesco (Relationship)	Fecha (Date)

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO (FOR OFFICE USE ONLY)		
Patient Name	Birth Date	MRN