



MRN: \_\_\_\_\_

Visit ID: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_

## Lawrence General Hospital Formulario de requisitos para recibir asistencia financiera

Requisitos para recibir descuentos:

1. Completar la solicitud de Medicaid en el estado en que reside el paciente. Presentar documentación de la determinación emitida por el estado.
2. El paciente o la parte responsable puede hacer un plan de pago.
3. El descuento **no** se aplica a copagos, coseguros y deducibles.
4. Si el paciente reúne los requisitos para la cobertura según lo determina el estado en que reside, debe mostrar un comprobante de inscripción.
5. Si el paciente **no** reúne los requisitos para un programa en el estado en que reside, o la fecha de cobertura **no** incluye la fecha del servicio o servicios, el paciente es elegible para recibir atención gratuita o un descuento.
  - a. Entre el 100% y el 300% de la pauta de pobreza = Atención gratuita
  - b. Más del 300% = 55% de descuento

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que esta información se usa para determinar si reúno los requisitos para recibir un descuento en Lawrence General Hospital, en los servicios de ambulancia de Lawrence General Hospital y/o en los servicios de atención primaria general (*General Primary Care, GPC*) de Lawrence General Hospital.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letras de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### HOSPITAL USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL)

LGH Representative \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

#### **Documents received (initial each box as they are reviewed/verified)**

Medicaid application determination \_\_\_\_\_

Patient qualifies for: Circle One

- a. 100%-300% of the Poverty Guideline= Freecare  
Or
- b. Más del 300% = 55% de descuento

Coverage start date verified \_\_\_\_\_

EOB to determined non-covered services \_\_\_\_\_