



Esta aplicación puede ayudar a reducir su factura.
Está basada en los ingresos e incluye sus gastos y costos de vida.
Necesitamos copias de los artículos enumerados en la lista de verificación.

Por favor, devuelva todos los artículos que se enumeran a continuación:

- _____ 1. 2 meses de estados de cuenta bancarios: cheques/ahorros
- _____ 2. Facturas de servicios públicos
- _____ 3. Declaración de impuestos del año pasado
- _____ 4. Recibos de hipoteca/alquiler
- _____ 5. Prueba de ingresos
- _____ 6. Recibos misceláneos

Enviar por correo a:

Little Colorado Medical Center
Attn: Financial Counselor
1501 N. Williamson Ave.
Winslow, AZ 86047
Tel: (928)289-6369
Fax: (928)289-0049

Información solicitada debe enviarse dentro de 30 días.

Regresar por: _____



Little Colorado Medical Center se complace en brindarle la siguiente información para ayudarle si no puede pagar sus facturas médicas.

Little Colorado Medical Center es un hospital sin fines de lucro que ofrece una variedad de programas de asistencia financiera para garantizar que la atención médica de calidad sea accesible para todos, incluidas las personas con menos recursos. Los pacientes sin seguro médico y aquellos que tienen seguro médico pero no pueden pagar los saldos restantes pueden calificar para los siguientes programas de asistencia financiera:

- Nuestro Programa de Atención Gratuita ofrece atención gratuita basada en el tamaño de la familia y los ingresos de hasta el 125 por ciento de las pautas federales de pobreza y otros criterios.
- Nuestro Programa de Atención con Descuento ofrece atención con descuento basada en el tamaño de la familia y los ingresos de hasta el 300 por ciento de las pautas federales de pobreza y otros criterios. (Consulte a continuación)
- Nuestro Programa de Plan de Pago Extendido ofrece acuerdos de pago para pacientes que puedan no ser capaces de pagar el saldo en una sola vez.

Tenga en cuenta que los criterios de elegibilidad, términos y condiciones varían para cada uno de los programas de asistencia financiera mencionados anteriormente. Nuestros consejeros financieros pueden ayudarle a comprender si califica para alguno de estos programas y asistirle con el proceso de aplicación.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de nuestros programas de asistencia financiera, por favor contacte a Consejería Financiera al 928-289-6369.

Pautas Federales de Pobreza y Porcentajes de Descuento del Programa de Atención con Descuento:

| Charity Percent | | | 100% | 90% | 80% | 70% | 65% |
|-----------------|---------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Family Size | Federal Poverty Guidelines 2025 | Income Multiplier: | 1.25 | 1.5 | 1.75 | 2 | 3 |
| 1 | \$15,650 | | \$19,563 | \$23,475 | \$27,388 | \$31,300 | \$46,950 |
| 2 | \$21,150 | | \$26,438 | \$31,725 | \$37,013 | \$42,300 | \$63,450 |
| 3 | \$26,650 | | \$33,313 | \$39,975 | \$46,638 | \$53,300 | \$79,950 |
| 4 | \$32,150 | | \$40,188 | \$48,225 | \$56,263 | \$64,300 | \$96,450 |
| 5 | \$37,650 | | \$47,063 | \$56,475 | \$65,888 | \$75,300 | \$112,950 |
| 6 | \$43,150 | | \$53,938 | \$64,725 | \$75,513 | \$86,300 | \$129,450 |
| 7 | \$48,650 | | \$60,813 | \$72,975 | \$85,138 | \$97,300 | \$145,950 |
| 8 | \$54,150 | | \$67,688 | \$81,225 | \$94,763 | \$108,300 | \$162,450 |

Agregue \$5,500 por cada persona adicional en familias con más de 8 personas

* Fuente: Registro Federal (HHS), enero 2025



Exhibit A

Aplicación de Asistencia Financiera

Por favor, complete ambos lados de la aplicación y firme al reverso.

Devuelva la aplicación al Departamento de Negocios antes del: _____.

Por favor, complete ambos lados de la aplicación y firme al reverso.

Devuelva la aplicación al Departamento de Negocios antes del: _____.

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Hogar Otro

INCOME:

JEFE DE HOGAR: _____ SSN: _____

EMPLEADOR: _____ ANOS TRABAJADOS: _____ SALARIOS MEDSUALES: _____

CONYUGE: _____ SSN: _____

EMPLEADOR: _____ ANOS TRABAJADOS: _____ SALARIOS MEDSUALES: _____

INGRESOS MENSUALES ALTERNATIVOS, COMO DESEMPLEO, ASISTENCIA SOCIAL, PENSIÓN ALIMENTICIA, SSI, PENSIÓN, MANUTENCIÓN INFANTIL, ANUALIDADES, ACCIONES, INDUSTRIAL, VA. POR FAVOR, ENUNCIE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN:

_____ CANTIDADES: _____

_____ CANTIDADES: _____

_____ CANTIDADES: _____

BANCO:

CUENTA ANCARIA: _____ BANCO: _____ BALANCE: _____

CUENTA DE AHORRO ANCARIA: _____ BANCO: _____ BALANCE: _____

BIENES RAÍCES: VALOR DE MERCADO DE LA PROPIEDAD: _____

ACCIONES/ANUALIDADES: _____

GASTOS:

CANTIDAD

ALQUILER O HIPOTECA:

SERVICIOS PÚBLICOS (teléfono, gas, agua, electricidad, etc.):

COMESTIBLES/MES:

SEGURO

DE SALUD: (médico, dental, de la vista, etc.):

SEGURO DE VIDA:

MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS:

OTRAS DEUDAS MENSUALES (ADJUNTAR LISTA SI ES NECESARIO):

COMENTARIOS: _____

Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es completa y precisa según mi conocimiento. Entiendo que cualquier falsificación deliberada puede llevar a la denegación de consideración. Por la presente, autorizo a LCMC a verificar la información listada en esta aplicación, lo que puede incluir contacto con una agencia de informes crediticios.

FIRMA

FECHA

Si necesita más ayuda o recursos financieros, consulte con el Departamento de Seguridad Económica local en:

319 E Third St, Winslow AZ 86047 Tel.: 928-289-2425

SOLO PARA USO DE OFICINA COMERCIAL

GROSS INCOME(ANN): _____

CAP GUIDE % OF QUALIFICATION: _____

CURRENT BALANCE: _____

LEFT OVER BALANCE: _____

FINANCIAL COUNSELOR: _____

ACCOUNT NOTED: Y N

MONTHLY PYMNTS: _____

APPROVED BY: _____