



Ayuda económica • 2525 Glenn Hendren

Drive • Liberty, Missouri 64068 • 816 407 4861

LIBERTYHOSPITAL.ORG

Liberty Hospital se esfuerza por proporcionar ayuda a los pacientes y las familias que no pueden cumplir con sus obligaciones financieras para con nosotros respecto de servicios médicos. Ofrecemos un Programa de ayuda económica, préstamos sin interés y opciones de plan de pago a largo plazo. Para los "Planes de pago sin interés" y los "Descuentos para personas no aseguradas" NO es necesario completar esta solicitud. Puede llamar a nuestra oficina con horario extendido al (816) 792-7110 para comunicarse con un representante.

#### Las opciones de ayuda económica incluyen (se requiere solicitud):

- Ayuda económica parcial: descuento del 70% - 95% de la parte adeudada por el paciente. Algunos servicios pueden estar excluidos.
- Ayuda económica total: descuento del 100% de la parte adeudada por el paciente. Algunos servicios pueden estar excluidos.

#### Las opciones de ayuda económica incluyen (no se requiere solicitud):

- Descuento del 15% por pago puntual realizado en un plazo de 30 días a partir de la recepción del resumen
- Planes de pago sin interés disponibles internamente para pacientes de 0 a 12 meses
- Planes de pago sin interés con meses extendidos a través de Commerce y Clear Balance

#### Resumen de la solicitud de ayuda económica:

Se debe presentar una solicitud de ayuda económica completa y una prueba de ingresos para que consideremos la necesidad económica de realizar un descuento y/o brindar una ayuda económica total. Una vez que recibamos su solicitud completa, evaluaremos si reúne o no los requisitos para el programa de ayuda económica. Quienes califiquen podrían recibir ayuda para el pago de las facturas del hospital por los servicios prestados en Liberty Hospital y las facturas de los médicos que son empleados exclusivos de Liberty Hospital. Los descuentos de necesidad económica y la ayuda económica total no están disponibles para todos los servicios. La consideración respecto de servicios a futuro se realizará en función de la necesidad médica y los costos catastróficos.

#### Instrucciones para la solicitud de ayuda económica:

Debe enviarnos su solicitud económica, completa y con sus archivos adjuntos, a más tardar *240 días después de que reciba su primer resumen de cuenta posterior al alta*, pero puede enviarla antes de esa fecha. Si no devuelve su solicitud completa dentro de este plazo, esta será rechazada. Además, usted debe residir en uno de los siguientes condados, que constituyen nuestra área de servicios: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, DeKalb, Gentry, Grundy, Harrison, Livingston, Mercer, Platte, Ray o Worth.

*Esta información obtenida será tratada de manera confidencial y solo se utilizará para la determinación de la ayuda económica*

**LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN OBTENERSE SE DETALLAN AL DORSO DE ESTA SOLICITUD**

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA A LIBERTY HOSPITAL**

N.º de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la parte responsable si el paciente es menor de edad o tiene un PND: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el solicitante:  Misma persona  Cónyuge/pareja  Padre o madre/Tutor  PND

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Pareja conviviente  Casado/a  Separado/a legalmente  Divorciado/a  Viudo/a

Cantidad de miembros de la familia que viven en el hogar, incluido usted, su cónyuge, parejas de hecho y dependientes que comparten el ingreso: \_\_\_\_\_.

- |  |                |
|--|----------------|
| 1. ¿Usted está empleado?                               | Sí o No        |
| Si no lo está, ¿en qué fecha dejó de estar empleado?   | ____/____/____ |
| 2. Si tiene cónyuge, ¿está empleado/a?                 | Sí o No        |
| Si no lo está, ¿en qué fecha dejó de estar empleado/a? | ____/____/____ |
| 3. ¿Recibe seguro social (ASS)?                        | Sí o No        |
| Si tiene cónyuge, ¿tiene seguro social?                | Sí o No        |
| 4. ¿Recibe seguro social por discapacidad (SSI)?       | Sí o No        |
| Si tiene cónyuge, ¿recibe SSI?                         | Sí o No        |

**Si percibe algún ingreso, vaya a la siguiente página**

---

**Si usted informa un ingreso de \$0.00, complete la Declaración de apoyo y explique de qué manera usted y/o su familia se mantienen y adjunte toda la documentación que pueda respaldar su declaración.**



Cuentas bancarias	Ahorros	Acciones/ bonos	CD	Cuentas de retiro	Fondos de inversión	Otro
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Además de la solicitud de ayuda económica completa, necesitamos la siguiente documentación:

- Prueba de todos los ingresos brutos (antes de impuestos). **Escoja su tipo de ingreso y recopile todos los documentos que se detallan en la página siguiente en la casilla**
- Prueba de residencia. Incluya una copia de uno de los siguientes documentos aceptables que indique su domicilio en el momento en el que recibió la atención médica: facturas de servicios, factura telefónica o de cable, un recibo de alquiler, un estado de hipoteca o su tarjeta de registro electoral más reciente.

*Mediante mi firma a continuación, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que toda la información que indiqué o la documentación que adjunté es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que no es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener ayuda económica.*

**Firma de parte responsable:** \_\_\_\_\_  
**Fecha en que se completó la solicitud:** \_\_\_\_\_

**\*Todos los documentos listados como "Documentos requeridos" son obligatorios para completar la solicitud**

Tipo de ingreso	Documentos requeridos
Ingresos del empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración individual de impuestos (Formulario 1040) para el año fiscal actual</li> <li>• Copia de los dos talonarios de pagos más recientes</li> <li>• Copia del formulario W2 actual</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos</li> <li>• Prueba de residencia</li> <li>• Copia de los fondos de jubilación (por ejemplo, IRA, CDs, 401K)</li> </ul>
Trabajo autónomo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración individual de impuestos (Declaración de impuestos completa con el formulario 1040 y los formularios de planificación) del año fiscal actual</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos</li> <li>• Prueba de residencia</li> </ul>
Jubilación del seguro social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la notificación de pago mensual de la Administración del seguro social o el formulario 1099 del pago del año anterior</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos</li> <li>• Prueba de residencia</li> <li>• Copia de los fondos de jubilación o de las pensiones recibidas como ingresos</li> </ul>
Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la notificación de pago mensual de la Administración del seguro social o el formulario 1099 del pago del año anterior</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos</li> <li>• Prueba de residencia</li> </ul>
Desempleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración individual de impuestos (Formulario 1040) para el año fiscal actual</li> <li>• Copia de la Carta de asignación por desempleo que confirme el monto del beneficio mensual o semanal</li> <li>• Último talonario de pago del empleador</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos</li> <li>• Prueba de residencia</li> </ul>
Sin ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración individual de impuestos (formulario 1040) del año fiscal actual (si no está presentada en años, entonces una carta de estado de exención del IRS)</li> <li>• Un documento que verifique de qué manera subsiste el paciente</li> <li>• Copia del extracto bancario que detalle todos los créditos y débitos, si corresponde</li> <li>• Prueba de residencia</li> </ul>

*Esta información obtenida será tratada de manera confidencial y solo se utilizará para la determinación de la ayuda económica.*