

## Cómo solicitar asistencia financiera a través del Lindner Center of HOPE y Lindner Center of Hope Professional Associates

Complete, firme y feche la solicitud de asistencia financiera. Si en algún momento del proceso de solicitud tiene alguna pregunta, llame al 513-536-0224 y hable con uno de nuestros asesores financieros.

Tenga en cuenta que una solicitud no se considera completa y no se procesará a menos que se reciba toda la información solicitada. Las solicitudes incompletas se rechazarán automáticamente 45 días calendario después de la fecha de la solicitud firmada. A continuación se muestra una lista de la documentación aceptable que acompaña a su solicitud financiera. La asistencia financiera no se considerará para los cargos por no presentarse ni los saldos que ya están en cobranza.

- **Proporcionar comprobante de ingresos familiares** para el período de 12 meses anterior a la fecha de servicio, incluidos sus avisos de pago más recientes. Los ejemplos de documentación aceptable incluyen:
  - Declaración de impuestos - Portada y Anexo 1 de la declaración de impuestos del año anterior. Si afirma ser un trabajador autónomo, proporcione una declaración de ingresos firmada y la copia más reciente del Anexo C de impuestos.
  - Recibos de pago: de todos los empleadores para el año en curso.
  - Carta (s) de concesión del Seguro Social: del año anterior y del año actual.
  - Pensión: del año anterior y del año actual.
  - Compensación por desempleo: cartas de concesión con nombres y fechas
  - Orden de manutención judicial
  - Carta de su empleador, en papel membretado oficial del empleador, en la que se expongan los detalles de la compensación. Debe incluir la información de contacto del empleador.
  - Cero ingresos: si el paciente declara cero ingresos durante un período de tiempo 12 meses antes de la fecha del servicio, complete la Declaración de apoyo cerca del final de la solicitud de asistencia financiera.
- **Prueba de residencia** en el momento de su fecha de servicio en el Lindner Center of Hope. Los ejemplos de documentación aceptable incluyen:
  - Licencia de conducir
  - Registro de Vehículo
  - Registro de votantes: dirección coincidente en el momento del servicio
  - Recibos de alquiler pagados dentro de los 60 días posteriores a la prestación de los servicios.
  - Estado hipotecario
  - Factura de servicios públicos
  - Tarjeta de crédito o extracto bancario con matasellos o fecha de emisión dentro de los 60 días posteriores a la prestación de los servicios.
  - Carta de la administración de arrendamiento, la compañía hipotecaria o la persona que proporciona refugio al paciente, incluidos los refugios para personas sin hogar.
- **Prueba de seguro** Cuenta de gastos médicos (HSA) o Cuenta de reembolso médico (HRA) y Cuenta de gastos flexible (FSA).
  - Declaraciones actuales de HSA / HRA / FSA, si corresponde.

Envíe la solicitud completada, firmada y fechada con la documentación de respaldo directamente al Centro de bienvenida o por UNO de los siguientes:



POR FAVOR REGRESE AL ASESOR FINANCIERO DE ESTE HOSPITAL O ENVÍE  
POR CORREO A:

4075 Old Western Row Road  
Mason, Ohio 45040

**513-536-ESPERANZA (4673)**

Horario de atención: de 8 a. M. A 6 p. M. De lunes a viernes

[LCOH-Financial-Assistance@LindnerCenter.org](mailto:LCOH-Financial-Assistance@LindnerCenter.org)

Email para: [Lcoh-financial-assistance@lindnercenter.org](mailto:Lcoh-financial-assistance@lindnercenter.org)

Envíe por correo a: Lindner Center of Hope

A la atención de: Asesoramiento financiero

4075 Old Western Row Road

Mason, Ohio 45040

FAX: 513-536-0239





**INFORMACION DE INGRESOS**

Proporcione información sobre los ingresos de todos los miembros de la familia, incluidos: ingresos brutos (salarios antes de impuestos), desempleo, seguridad social, pensión, manutención de los hijos, ingresos por alquiler o cualquier ingreso de todos los miembros correspondientes de su hogar. Se requiere prueba para que esta solicitud se considere completa. Consulte la portada para obtener una lista de la documentación aceptable.

Nombre (s)	Última fecha trabajada	Fuente de ingreso	Total de ingresos para 3 meses antes Servicio	Total de ingresos para 12 meses antes Servicio
<b>paciente</b>				

**DECLARACIÓN DE APOYO**

Si reportó cero ingresos, complete lo siguiente:

Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, no he tenido ingresos para las siguientes fechas a partir de 12 meses antes de mi tiempo de servicio: (enumere las fechas de inicio y finalización)

Explique su situación de vida y cómo se mantiene económicamente:

---



---



---



---



---

*Cambio de circunstancias:* Si ha experimentado un cambio reciente en su situación financiera, puede incluir una declaración por escrito, detallando el cambio que se incluirá con la presentación de su solicitud.

**Tenga en cuenta: Si alguna parte de la solicitud está incompleta, no podremos procesar su solicitud. Las solicitudes incompletas se rechazarán automáticamente después de 45 días calendario a partir de la fecha de la solicitud firmada.**

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en mis anexos es verdadero. Entiendo que cualquier tergiversación de ingresos o estado financiero resultará en que el solicitante asuma la responsabilidad del pago total de los servicios hospitalarios y profesionales.

Firma (paciente / solicitante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***fechado para ser válido.***

SOLO PARA FINES LCOH:

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

DOS: \_\_\_\_\_

Servicios de propiedad intelectual \_\_\_\_\_

Servicios OP \_\_\_\_\_ 90 días desde la revisión: \_\_\_\_\_