

## Asistencia Financiera

Como paciente de Lamb Healthcare Center/LHC Family Medicine/Olton Rural Health Clinic, usted es responsable de la totalidad o parte de su factura. Si siente que no tiene la capacidad financiera para pagar su factura, es posible que podamos ayudarle a solicitar por Medicaid, County Indigent Care o nuestro Programa de atención de caridad.

Si necesita ayuda o desea ver si es elegible, llame a nuestra Oficina de Negocios al 806-385-6411 ext.2053 y le ayudaremos con cualquiera de estas solicitudes o puede presentar su solicitud en línea en a la dirección de internet a

[dsmith@lambhc.org](mailto:dsmith@lambhc.org)

Si solicita Charity Care, se le pedirá que nos proporcione un mes de comprobante de ingresos (o falta de ingresos) y un comprobante de residencia.

Solicitar estos programas y ser elegible para ellos evitará que su cuenta sea entregada a una agencia de cobro.

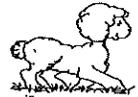
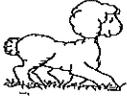
Apreciamos su negocio y su ayuda para mantener su cuenta al día.

Si tiene cualquiera pregunta puede llamarnos.

LAMB HEALTHCARE CENTER/LHC FAMILY MEDICINE/OLTON RURAL

HEALTH CLINIC CHARITY APPLICATION

1500 South Sunset, Littlefield, TX 79339



806-385-6411 ext. 2053

Fax:806-385-3918

dsmith@lambhc.org

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta (s): \_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ CD: \_\_\_\_\_ TX CP: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(OPCIONAL)

Estado civil: (opcional) Soltero/a Casado/a Viuda/o Divorciado/a Separado/a

Nombre de Esposo/a : \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(OPCIONAL)

Tiene seguro médico? SÍ/NO

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de Compañía y el #: \_\_\_\_\_

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de Nacimiento	relación a Solicitante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACION DE EMPLEO / INGRESOS (todos los espacios en blanco deben completarse)

¿Está actualmente empleado? Sí O No Trabaja por cuenta propia Sí O No  
 Solicitante Empleado del conyuge

Nombre del empleador	Nombre del empleador
Dirección	Dirección
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Número de teléfono del nombre del supervisor	Número de teléfono del nombre del supervisor
Ingreso Mensual	Ingreso mensual
Fechas de empleo: De: _____ A: _____	Fechas de empleo: De: _____ A: _____

**OTRAS FUENTES DE INGRESOS** (verifique el tipo y la cantidad de la lista):

Manutencion \_\_\_\_\_ Compensacion de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Pension Alimentica \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Compensacion por Desempleo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Incluya la verificación de ingresos de los últimos 2 meses, puede incluir talones de cheques o estados de cuenta bancarios en caso de Seguro Social o Desempleo, también un comprobante de domicilio. Si usted o alguien en su hogar participa en algún programa gubernamental; Medicaid, TANF o SNAP por favor proporcione la verificación. Y un comprobante de domicilio**

**AL FIRMAR ESTO, CERTIFICO QUE TODO LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERDADERA Y PRECISA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIEN ENTIENDO QUE SI A SABIENDAS PROPORCIONO INFORMACION FALSA SOBRE MI SOLICITUD, NO SERE ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE CARIDAD, SE CANCELARA Y SERE RESPONSIBLE DE MIS CUENTAS.**

Autorizo la divulgación de esta información la Lamb Healthcare Center/ LHC Family Medicine/ Olton Rural Health Clinic para la verificación de este estado financiero.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del paciente /Solicitante

Fecha

# Lo que NO esta cubierto por Charity Care

En Lamb Healthcare Center/ LHC Family Medicine and Olton Rural Health Clinic

## Lamb Healthcare Center

- Metodos Anticonceptivos ( a menos que sea medicamento necesario determinado por su medico.)
- Procedimientos Cosmeticos
- Visitas o Exámenes de Embarazo
- Copago dejado por el Seguro primario
- Ultrasonidos (a menos que sea medicamento necesario determinado por su medico.)
- Tomografia por Resonancia Magnetica's (MIR's) y Doppler's, el paciente es responsable del costo que Lamb Healthcare Center cobra por los procedimientos. Se cotizara la cantidad al paciente durante el tiempo que se aga el servicio.

## LHC Family Medicine/Olton Rural Health

- Preventative Care – incluyendo, pero no limitado a
  - ❖ Metodos Anticonceptivos ( a menos que sea medicamento necesario determinado por su medico.)
  - ❖ Exámenes de Bienestar
  - ❖ Papanicolaou ( a menos que sea medicamnete necesario y determinado por su medico)
  - ❖ Vacunas
- Examen para Obesidad
- Exámenes Fisicos Deportivos
- Procedimientos Cosmeticos
- Visitas o Exámenes de Embarazo
- Copago dejado por el Seguro primario

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

X \_\_\_\_\_

Firma de Paciente

Al firmar esto, usted está reconociendo las limitaciones de el program Charity Care. Tambien que esta aceptando hacer responsable financieramente de todo lo que esta establecido anteriormente y que no sera responsabilidad de Lamb Healthcare Center, LHC Family Medicine, and Olton Rural Health Clinic de estos cargos. Porfavor, pongase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.