



Solicitud de Asistencia Financiera

Estimado paciente/garante,

Gracias por elegir Lifebrite Community Hospital of Stokes y sus clínicas afiliadas para sus necesidades de atención médica. Nos gustaría ayudarlo con su obligación financiera ofreciéndole la Solicitud de Asistencia Financiera. Si tiene alguna pregunta sobre los documentos requeridos o la solicitud, no dude en preguntarle a un representante, o puede llamar para hablar con un representante de servicios financieros al (336) 593-2831.

Devuelva la solicitud completada, firmada y fechada junto con la lista de documentos requeridos (ver más abajo) a Lifebrite Community Hospital of Stokes o a la clínica afiliada dentro de las 2 semanas. Su solicitud debe ser devuelta a más tardar el:

_____.

Si tiene circunstancias que considera importantes para su situación financiera, incluya una carta de explicación firmada con los documentos.

Documentos requeridos:

- 1) Carta de denegación de Medicaid si lo solicita el centro o la clínica
- 2) Declaraciones de impuestos más recientes del año anterior, incluidas las W2/1099s/Anexo C
- 3) Comprobante de ingresos del hogar
 - a) Si trabaja, talones de cheques de pago del mes anterior
 - b) Si está desempleado y recibe un cheque por desempleo, proporcione un talón de cheque o una carta de determinación de compensación por desempleo
 - c) Si los ingresos provienen de un fondo de jubilación, pensión, propiedad de alquiler, etc., proporcione prueba de la fuente y el monto de los ingresos recibidos.
- 4) Si los ingresos del hogar han cambiado desde la última declaración de impuestos, proporcione una explicación por escrito
- 5) Prueba de discapacidad/restricción de la orden de trabajo de los médicos
- 6) Facturas médicas pendientes que no sean facturas en Lifebrite Community Hospital of Stokes
- 7) Recibo de pago de alquiler o hipoteca por un mes
- 8) Facturas de servicios públicos: gas, electricidad, agua y alcantarillado
- 9) Estados de cuenta bancarios de tres meses (cheques y ahorros)

La aprobación se basa en una metodología de escala móvil para el nivel de pobreza de 2025 que se detalla a continuación

Tamaño de la familia	FPL Anual	FPL 100% mensual	200% FPL mensual	250% FPL mensual	300%PL	400 % FPL mensual
1	15,650	1,304	2,608	3,260	3,913	5,217
2	21,150	1,763	3,525	4,406	5,288	7,050
3	26,650	2,221	4,442	5,552	6,663	8,883
4	32,150	2,679	5,358	6,698	8,038	10,717
5	37,650	3,138	6,275	7,844	9,413	12,550
6	43,150	3,596	7,192	8,990	10,788	14,383
7	48,650	4,054	8,108	10,135	12,163	16,217
8	54,150	4,513	9,025	11,281	13,538	18,050
Cada Persona Adicional	5,500	458	917	1,146	1,375	1,833

