



Solicitud de ayuda económica

Fecha: _____

La política de Logan Health es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Logan Health ofrece descuentos basados en la cantidad de integrantes de una familia y sus ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvanos la solicitud para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Nombre del paciente	SSN (opcional)	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad/Estado	Código postal
Teléfono de línea	Teléfono del trabajo	Celular
Empleador	Posición	Fecha de empleo
Seguro médico/atención médica compartida		
Correo electrónico		
Nombre del cónyuge/pareja	SSN (opcional)	Fecha de nacimiento
Empleador	Posición	Fecha de empleo
Nombre de los dependientes y fechas de nacimiento:		Cantidad total de miembros en el hogar



Solicitud de ayuda económica

Ingresos de la familia del paciente: Todos los recursos (ingresos) de la familia del paciente sobre una base anual.

Ingresos mensuales:	Usted	Cónyuge/pareja
Empleo/salario bruto		
Ingresos del Seguro Social/pensión		
Asistencia pública		
Beneficios de desempleo		
Pensión alimenticia/manutención de los hijos		
Indemnización por accidente de trabajo		
Otras fuentes de ingresos (describir)		
Ingresos mensuales totales		



Solicitud de ayuda económica

Gastos mensuales: opcional

Pago de alquiler o hipoteca	\$
Servicios públicos	\$
Teléfono	\$
Cable	\$
Comestibles	\$
Recetas	\$
Cuidado de niños	\$
Manutención de los hijos	\$
Pago mensual (automóvil 1)	\$
Pago mensual (automóvil 2)	\$
Seguro de automóvil	\$
Mantenimiento del automóvil/gasolina	\$
Seguro médico	\$
Seguro de vida	\$
Otros préstamos	\$
Pagos totales con tarjetas de crédito	\$
Pagos de facturas médicas	\$
	\$
	\$
	\$
Gastos mensuales totales	\$



Solicitud de ayuda económica

Si no puede facilitar la información que figura en esta solicitud, explique el motivo.

Si no tiene ingresos, explique cómo cubre sus gastos diarios.

Facilítenos información adicional sobre cualquier otra circunstancia que considere que nos ayudará a comprender mejor su situación.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Su firma autoriza a Logan Health a verificar la información proporcionada en esta declaración financiera mediante la obtención de un informe de crédito y/u otra información financiera.

Si tiene alguna pregunta o no puede proporcionar información completa, póngase en contacto con nosotros al 406-752-1767.

Solicitud de devolución:
Logan Health
Attn: Financial Advising Dept.
310 Sunnyview Lane
Kalispell, MT 59901
Asesores financieros: 406-752-1767
RFFinancialAdvisors@logan.org

Números de teléfono:
Servicio de atención al cliente y preguntas sobre la declaración
Póngase en contacto con Cuentas de pacientes al 406-609-0818