

Aplicación para Asistencia Financiera

Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera para pagar los se el Hospital Memorial de Logansport. Si su ingreso familiar está dentro de los rangos de ingreso a continuación, usted puede solicitar asistencia financiera.

Número de Personas en el Hogar	Ingreso Bruto \$
1	54,360
2	73,240
3	92,120
4	111,000
5	129,880
6	148,760
7	167,640
8	186,520

Por cada persona adicional en su familia, agregue \$4,720.

Por favor envíe la solicitud completa a la siguiente dirección, dentro de los 60 días del servicio recibido en el Hospital Memorial de Logansport.

Información Requerida:

1. **Nombre del Paciente:** _____
2. **Fecha de Servicio:** _____
3. **Número de personas que viven en el hogar:** _____
4. **Ingreso Familiar:** _____
5. **Una copia de un talón de pago reciente o del formulario W-2 del año pasado.**

Si esta solicitud no es presentada en forma oportuna, el pago completo se deberá dentro de 30 días de recibir la factura.

Para su comodidad, se acepta dinero en efectivo, cheque personal, MasterCard, Visa o Discover como opción de pago.

Si tiene preguntas, para enviar información por correo, o establecer un arreglo de pago en su cuenta, comuníquese con:

FINANCIAL COUNSELOR

Logansport Memorial Hospital
1101 Michigan Avenue
Logansport, IN. 46947
574.753.1371