


Instrucciones para completar este formulario en línea para enviar por correo electrónico o imprimir.

Los equipos con Windows / Macintosh

Descargar formulario y abierto en Adobe Reader DC. Los espacios en blanco de la forma son rellenables, basta con hacer clic y el tipo. Asegúrese de guardar a seguido. Una vez que haya completado el formulario guardar de nuevo. Para completar la parte de la firma del formulario, es posible realizar una de las siguientes:

- Escriba su firma para correo electrónico
- Haga clic en la opción de relleno y el signo
- Usted puede imprimir el formulario y firmar manualmente.

Si ha hecho clic en la opción de siga estos pasos.

- Seleccione el relleno y la opción de firmar.
- En la parte  superior de la página seleccione el icono.
- Seleccione la opción de firma.
- Usted puede optar por escribir su nombre o seleccione sorteo. Utilizar el ratón y dibujar su nombre. Haga clic en Aplicar. Usted tendrá que mover su firma a la línea de firma con el ratón. Puede que tenga que modificar su tamaño mediante la selección de una caja en una esquina y empujando a encogerse o tirando para agrandar.
- Guardar el documento de nuevo.
- Enviar por correo electrónico a Cathy Good a cgood@lchoakley.com

Android / iPhone

La forma más fácil de completar este formulario es para descargar la aplicación gratuita AdobeFill & Sign.

- Descargar el archivo pdf.
- Cuando las opciones aparecen seleccione Copiar a AdobeFill y sesión.
- Haga clic en la línea de lo que necesita para completar y tipo.
- Para firmar el documento, seleccione la línea de firma y toque el lápiz en la parte inferior de la ventana. Escribe tu nombre.
- Envair por correo electrónico a Cathy Good en cgood@lchoakley.com

Logan County Hospital/New Frontiers Health Services

Acuerdo de pago

pago mensual mínimo aceptado es de \$ 100.00. Los pagos deberán realizarse antes del día 20 del mes siguiente a la recepción de la declaración. Todos los saldos de las cuentas se pagarán en el siguiente horario:

Saldo de la cuenta	Mensualidad
\$ 100 y bajo	30 días en total
101 \$ - 300 \$	Mayor de \$ 100 o 3 pagos iguales
301 \$ - 500 \$	Mayor de \$ 100 o 4 pagos iguales
501 \$ - 700 \$	Mayor de \$ 100 o 6 pagos iguales
Más de \$ 700	Mayor de \$ 100 o el 10% del saldo

Se dará un descuento de pronto pago del 10% a todas las cuentas pagadas en su totalidad dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la primera facturación. Política de co-pagos no son elegibles para los descuentos de pronto pago y debe ser pagado en su totalidad en el momento del servicio.

En el caso de que un contrato de pago se ha entrado en, si no se realizó ningún pago previsto resultará en un intento adicional para cobrar la cantidad dispuesta. No reanudación de los pagos programados se traducirá en la cuenta que se volvió a otra fuente para la colección.

EFT / Tarjeta de autorización de crédito

Autorizo Hospital del Condado de Logan a cargar mi pago mensual por la cantidad de \$ _____ en el _____ días de cada mes a la tarjeta de crédito a continuación. Esta autorización es efectiva hasta que la cuenta se paga por completo o un año.

Nombre en la tarjeta: _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de caducidad: _____

Firma: _____ Fecha efectiva: _____

En el caso de que un contrato de pago se ha entrado en un pago programado disminuido resultará en un intento adicional para cobrar la cantidad dispuesta. No reanudación de los pagos programados se traducirá en la cuenta que se volvió a otra fuente para la colección.

Logan County Health Services Programa de Asistencia Financiera Resumen

Los Servicios de Salud del Condado de Logan Programa de Asistencia Financiera (LCHS) existe para proporcionar a los pacientes elegibles emergentes descuento parcial o totalmente o para el cuidado médicamente necesario. Los pacientes que buscan asistencia financiera deben aplicar para el programa, que se resume a continuación.

Los servicios elegibles - Emergente y / o servicios de salud médicamente necesarios proporcionados por LCHS.

Los pacientes elegibles - Los pacientes que reciben servicios elegibles, que presenten una Solicitud de Asistencia Financiera (incluyendo la documentación relacionada / información), y que están decididos elegibles para la ayuda financiera por LCHS.

Cómo aplicar - Solicitud de asistencia financiera se puede obtener de la siguiente manera:

- Obtener una solicitud en el Hospital del Condado de Logan o New Frontiers Servicios de Salud de admisión escritorio
- Solicitud para tener una solicitud por correo llamando al (785) -672 a 3211
- Pedir una solicitud por correo en el Hospital del Condado de Logan, 211 Cherry, Oakley, KS 67748
- Descargar una aplicación a través de la página web en LCHS www.logancountyhospital.org

Determinación de Elegibilidad de Asistencia Financiera - En general, los pacientes son elegibles para asistencia financiera en función de su nivel de ingresos y activos (Ver Política Programa de asistencia financiera www.logancountyhospital.org). Los pacientes elegibles no tendrán que pagar más por emergencia u otra atención médicamente necesaria de los montos facturados general (AGB) para aquellos pacientes que tienen seguro