



St. Luke's Health System Solicitud de Asistencia Financiera

Las facturas médicas pueden ser difíciles de pagar y por ello ofrecemos la opción de completar y firmar una solicitud de asistencia financiera a los pacientes a quienes les es imposible pagar parte o todos los servicios de atención médica. Los pacientes y familias que reúnen ciertos requisitos pueden ser elegibles para recibir atención con descuento, en base a sus ingresos y del número de personas en la familia, incluso si tienen seguro médico. Si desea ver nuestra política de asistencia financiera y las normas de descuentos, puede visitar la página de St. Luke's en línea: <https://www.stlukesonline.org>.

Los pacientes que envían una Solicitud de Asistencia Financiera para servicios recibidos en St. Luke's deben presentar la siguiente información con el fin de determinar si cumplen con los requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera.

Por favor incluya copias de los documentos que se solicitan a continuación:

- Talones de cheques/nóminas de los últimos 30 días para cada uno de los miembros del hogar
- Declaración de impuestos federales más recientes y W-2(s), o solamente w-2(s) si la declaración de impuestos federales no se han presentado con copia de la extensión de impuestos federales, formulario 4868
- Documentación de todas las fuentes de ingresos de todos los miembros del hogar, mayores de 18 años (es decir, comprobante de ingresos por alquiler, compensación laboral, discapacidad, pensión / dividendos, fideicomiso, desempleo, etc.)
- Estados de cuenta bancarios más recientes, para incluir todas las transacciones (depósitos y retiros) de todas las cuentas bancarias
- Si trabaja por su cuenta, envíe el formulario "Schedule C", tres meses de estado de pérdidas y ganancias (PnL), y tres meses de cuentas bancarias (personales y de negocio)
- Cartas de verificación si recibe asistencia pública o de otro tipo (i.e, cupones de comida, dinero en efectivo, etc.)
- Carta de determinación del seguro social
- Si no tiene una fuente de ingresos, proporcione una declaración por escrito explicando como se cumplen los gastos mensuales

Los servicios que sean elegibles para opciones de asistencia financiera externa (por ej. Health Insurance Exchange/ Intercambio de seguros de salud, asistencia del estado o del condado) podrían no cumplir con los criterios para recibir nuestra asistencia financiera interna.

Envíe por correo, fax, o correo electrónico su solicitud junto con toda la documentación requerida:

St. Luke's Health System
Financial Care
P. O. Box 2578
Boise, ID 83701

Numero de fax: (208) 706-7619 Attention: Financial Care
Correo electrónico: pfsfincare@slhs.org Subject: Financial Care

Cuando St. Luke's reciba la solicitud completa y los documentos requeridos, todos los saldos bajo su responsabilidad se pondrán en espera. Una vez realizada la revisión, usted recibirá una carta con la resolución. Si su solicitud está incompleta, su cuenta se pondrá en espera durante 30 días, mientras esperamos a que nos regrese la solicitud completa y cualquier documento(s) adicional(es) que se le haya(n) solicitado.

Si desea hablar de su situación financiera, comuníquese con un representante de atención al cliente al (208) 706-5999 o por correo electrónico pfsfincare@slhs.org.



St. Luke's Health System

Solicitud de Asistencia Financiera

Solicitante/Co-Solicitante

"Solicitante" (contacto principal)		Un "Co-Solicitante" es una persona dentro del hogar. (ej., esposo(a), pareja, etc.)	
Nombre del Solicitante:		Nombre del Co-Solicitante:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:
Teléfono:	Correo electrónico:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:			

Lista de miembros del hogar

Los miembros del hogar incluyen a las personas que residen en su hogar y a quienes usted apoya financieramente.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco

Empleo/ Ingreso

Por favor proporcione los detalles sobre el ingreso mensual bruto (antes de deducciones) del solicitante/co-solicitante e incluya toda la documentación solicitada. Si su empleo es por temporada/estacional indique su Ingreso anual bruto o antes de deducciones (AGI).

Solicitante		Co-Solicitante	
Nombre del Empleador o Empresa: Fecha de contratacion:		Nombre del Empleador o Empresa: Fecha de contratacion:	
Empleo/Empleo por cuenta propia: Annual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/>	\$	Empleo/Empleo por cuenta propia: Annual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/>	\$
Manutención para menores/adultos o pensión alimenticia:	\$	Manutención para menores/adultos o pensión alimenticia:	\$
Ingreso del Seguro Social/Discapacidad:	\$	Ingreso del Seguro Social/Discapacidad:	\$
Pensión:	\$	Pensión:	\$
Asistencia pública/Cupones de Comida/Desempleo, etc.:	\$	Asistencia pública/Cupones de Comida/Desempleo, etc.:	\$
Otras fuentes de ingreso Especifique:	\$	Otras fuentes de ingreso Especifique:	\$

Declaración de Advertencia y Firma

Al firmar y enviar esta solicitud a St. Luke's, certifico que, según mi conocimiento, toda la información que proporcioné es verdadera y completa. Por la presente, autorizo a St. Luke's Health System a investigar cualquier declaración o información proporcionada por mí o cualquier otra persona relacionada con mi responsabilidad financiera. Si a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar, o proporcionar información falsa, se me negará la asistencia financiera para los servicios actuales y futuros y seré responsable de todos los cargos. Nos reservamos el derecho de verificar toda la información proporcionada en esta solicitud por cualquier medio disponible para nosotros.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del Co-Solicitante: _____

Fecha: _____



St. Luke's Health System

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del Solicitante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del Co- Solicitante:		Fecha de nacimiento:	

Bienes

SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA Y SU INGRESO ES MAYOR DEL 200% DE LAS PAUTAS FEDERALES DE POBREZA QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN

≤ 200% INGRESO BRUTO (antes de deducciones) - Pautas federales de pobreza 2024										
Número de personas en la familia:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mensual:	\$2,510	\$3,407	\$4,303	\$5,200	\$6,097	\$6,993	\$7,890	\$8,787	\$9,683	\$10,580
Anual:	\$30,120	\$40,880	\$51,640	\$62,400	\$73,160	\$83,920	\$94,680	\$105,440	\$116,200	\$126,960

Bienes de Propiedad Combinados		
Solicitante/Co-Solicitante		
¿Es dueño el Solicitante o Co-Solicitante de su residencia principal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, proporcione la dirección:
¿Es dueño el Solicitante o Co-Solicitante de una segunda residencia o propiedad adicional?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, proporcione la dirección:

Bienes Adicionales Combinados		
Solicitante/Co-Solicitante		
Si corresponde, incluya la documentación comprobante de los siguientes bienes:		
Acciones/Bonos/Anualidades/Dividendos/CD:	Valor:	\$
Cuentas de Retiro: (ejemplo: IRA/401K)	Valor:	\$

Declaración de Advertencia y Firma

Al firmar y enviar esta solicitud a St. Luke's, certifico que, según mi conocimiento, toda la información que proporcioné es verdadera y completa. Por la presente, autorizo a St. Luke's Health System a investigar cualquier declaración o información proporcionada por mí o cualquier otra persona relacionada con mi responsabilidad financiera. Si a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar, o proporcionar información falsa, se me negará la asistencia financiera para los servicios actuales y futuros y seré responsable de todos los cargos. Nos reservamos el derecho de verificar toda la información proporcionada en esta solicitud por cualquier medio disponible para nosotros.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del Co-Solicitante: _____

Fecha: _____