



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 de la familia de 18 años o mayores (i.e., rentas, compensación a los trabajadores, discapacidad, pensión/dividendos, fideicomiso, desempleo, etc.)
- Estado(s) de cuenta(s) del banco(s), debe incluir todas las transacciones (depósitos y retiros)
- 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 resolución del Seguro Social
- Si no tiene una fuente de ingresos, proporcione una declaración por escrito explicando cómo se cumplen los gastos mensuales

Los servicios que sean elegibles para opciones de asistencia financiera externa (por ej. Affordable Care Act/Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, asistencia del estado o del condado) podrían no cumplir con los criterios para recibir nuestra asistencia financiera interna.

Envíe su solicitud por correo postal o por fax junto con toda la documentación requerida a:

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

Fax: (208) 706-7619
Attention: 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) 706-2333, por llamada gratuita al (800) 342-3432, o por correo electrónico pfscustomerservice@slhs.org.



St. Luke's Health System
Solicitud de Asistencia Financiera

Información del solicitante

Nombre completo:			
Dirección:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	

Información del co-solicitante

Un "co-solicitante" es una persona dentro del hogar. (ej., esposo(a), pareja, etc.)

Nombre completo:		Relación con el solicitante:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	

Lista de dependientes en el hogar

Un "dependiente" es una persona con parentesco por nacimiento o adopción, quien vive en el hogar y a quien usted brinda apoyo económico.

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Parentesco

Empleo

Solicitante	Co-solicitante
Empleador:	Empleador:
Fecha de contratación:	Fecha de contratación:
Si trabaja por su propia cuenta, ¿cuál es su profesión?:	Si trabaja por su propia cuenta, ¿cuál es su profesión?:



St. Luke's Health System Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del solicitante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del co-solicitante:		Fecha de nacimiento:	

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 (Annual Gross Income o AGI por sus siglas en inglés).

Solicitante		Co-solicitante	
Sueldo (antes de las deducciones): Anual: <input type="checkbox"/> Mensual: <input type="checkbox"/>	\$	Sueldo (antes de las deducciones): Anual: <input type="checkbox"/> Mensual: <input type="checkbox"/>	\$
Manutención para menores/adultos o pensión alimenticia:	\$	Manutención para menores/adultos o pensión alimenticia:	\$
Discapacidad/Compensación al trabajador:	\$	Discapacidad/Compensación al trabajador:	\$
Pensión:	\$	Pensión:	\$
Ingreso del Seguro Social:	\$	Ingreso del Seguro Social:	\$
Dividendos/intereses/fideicomiso/rentas:	\$	Dividendos/intereses/fideicomiso/rentas:	\$
Asistencia pública/cupones de comida/desempleo, etc.:	\$	Asistencia pública/cupones de comida/desempleo, etc.:	\$
Otras fuentes de ingreso Especifique:	\$	Otras fuentes de ingreso Especifique:	\$
Total:	\$	Total:	\$

Declaración de advertencia y firma:

Al firmar y enviar esta solicitud a St. Luke's, afirmo que la información que he brindado es veraz y completa conforme a mi leal saber y entender. Autorizo a St. Luke's Health System a investigar cualquier declaración o información que ha sido proporcionada por mi u otra persona acerca de mi responsabilidad financiera. Si proporciono información falsa deliberadamente o con intención fraudulenta o de engaño, se me negará la asistencia financiera para los servicios actuales y futuros, y seré responsable de todos los cargos. Nos reservamos el derecho a verificar, mediante cualquier medio disponible, toda la información ofrecida.

Autorizo a que St. Luke's Health System verifique la información que he proporcionado.

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 2020										
Número de personas en la familia:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mensual:	\$2,147	\$2,903	\$3,660	\$4,417	\$5,173	\$5,930	\$6,687	\$7,443	\$8,200	\$8,957
Anual:	\$25,760	\$34,840	\$43,920	\$53,000	\$62,080	\$71,160	\$80,240	\$89,320	\$98,400	\$107,480

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/IRA/401K/anualidades/dividendos/CD:	Valor:	\$
Vehículo(s) recreacional(es):	Valor:	\$
Vehículo(s) secundario(s):	Valor:	\$

Declaración de advertencia y firma

Al firmar y enviar esta solicitud a St. Luke's, afirmo que la información que he brindado es veraz y completa conforme a mi leal saber y entender. Si proporciono información falsa deliberadamente o con intención fraudulenta o de engaño, se me negará la asistencia financiera para los servicios actuales y futuros, y seré responsable de todos los cargos.

Autorizo a St. Luke's Health System a verificar la información que he proporcionado.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del co-solicitante: _____ **Fecha:** _____