



Estimado paciente y familia:

Conforme a nuestra misión y valores fundamentales, estamos comprometidos a brindar cuidados médicos a pacientes, independientemente de su capacidad para pagar.

Nuestra asistencia financiera:

Las cuentas médicas pueden ser difíciles de pagar. Los pacientes que son incapaces de pagar por el total o parte de sus servicios médicos, pueden solicitar asistencia financiera, para ello deben llenar y devolver este formulario completo y firmado. Pacientes y familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos pueden ser elegibles para recibir cuidados médicos gratis, en función del tamaño y de los ingresos de la familia, incluso si tienen seguro médico. Puede encontrar nuestras políticas de asistencia financiera y nuestras pautas de descuento en la página de St. Luke's en línea <https://www.stlukesonline.org>

Deberá proveer información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los mismos es necesaria para determinar la asistencia financiera. **Todos los miembros de la familia, de 18 años o mayores, que soliciten asistencia financiera deben declarar las fuentes de ingresos disponibles.**

La siguiente es una lista de documentos requeridos como comprobantes de ingresos más recientes:

- Declaración de impuestos más reciente, incluidos los anexos si corresponde
- Nómina o talón(es) de cheques más reciente(s)
- Estado(s) de cuenta(s) del banco(s), debe incluir todas las transacciones (depósitos y retiros) de todas las cuentas bancarias que tenga.
- Si **trabaja por cuenta propia**, presente el formulario "1099 Schedule C" y las declaraciones de pérdidas y ganancias de 3 meses.
- Documentación de cualquier otro tipo de ingreso (prueba de ingreso por rentas, compensación para trabajadores, ingresos de pensiones/dividendos, fideicomisos, beneficios de desempleo, etc.)
- Carta de aprobación del Seguro Social, si corresponde
- Si recibe asistencia pública o de otro tipo, por favor provea documentación (carta de verificación para: cupones de comida, asistencia en efectivo, etc.)

Documentos alternos a los antes mencionados:

- Declaración por escrito y firmada de su empleador si no tiene nóminas o talones de cheques de pago
- El formulario de retenciones "W-2" más reciente si no tiene disponible la declaración de impuestos

Si no tiene prueba de ingresos o no recibe ingresos, por favor adjunte una carta con una explicación.

Envíe la solicitud con toda la documentación requerida a:

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

Fax: Attn: Financial Care
(208) 706-7619

Si su solicitud está incompleta, le devolveremos toda la información. Su cuenta estará retenida por 30 días en espera de recibir su solicitud completa, una vez recibida junto con los documentos requeridos, St. Luke's le enviará una carta con la decisión determinada.

Si desea hablar de su situación financiera, comuníquese con un representante de atención al cliente al (208) 706-2333, llamada gratuita al (800) 342-3432, o por correo electrónico pfcustomerservice@slhs.org.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la persona responsable:		Estado civil:	
Dirección:		Ciudad:	
		Estado:	Código postal:
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Empleador:		Teléfono:	Fecha de contratación:
Dirección:		Ciudad:	
Negocio propio: Sí o No	Ocupación:	Estado:	Código postal:
Nombre de su esposo(a) o pareja:		Número de seguro social	Fecha de nacimiento:
Empleador o negocio propio:		Teléfono:	Fecha de contratación:

ESCRIBA UNA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (use el reverso de este formulario si lo necesita para agregar más dependientes) →		
Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Parentesco

FUENTE DE INGRESOS	PERSONA RESPONSABLE	ESPOSO(A) O PAREJA
Sueldo (antes de las deducciones)	\$	\$
Manutención de niños o adultos/pensión alimenticia	\$	\$
Discapacidad/ingresos por compensación de trabajadores	\$	\$
Jubilación	\$	\$
Ingreso del Seguro Social	\$	\$
Dividendos/intereses/ingreso por fideicomisos/por herencias/rentas	\$	\$
Asistencia pública/cupones de comida/desempleo, etc.	\$	\$
Otras fuentes de ingreso (especifique)	\$	\$.
Total	\$	\$

ACTIVOS FAMILIARES	VALOR	CANTIDAD QUE SE ADEUDA
Saldo de cuenta(s) corriente(s) (cheques)	\$	\$
Saldo de cuenta(s) de ahorro(s)	\$	\$
Acciones/bonos/cuenta de pensión individual (IRA), 401K	\$	\$
Vivienda	\$	\$
Otros activos	\$	\$
Total	\$	\$
¿Qué cantidad puede pagar mensualmente a St. Luke's Health System?		

Si sus gastos son mayores que sus ingresos, use el reverso de este formulario para describir cómo cubre sus gastos mensuales. →

Al firmar y enviar esta solicitud a St. Luke's, afirmo que toda la información que he brindado es veraz y completa conforme a mi leal saber y entender. Si proporciono información falsa deliberadamente y con intención de defraudar o engañar, 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 para que verifique la información que he presentado

Firma de la persona responsable Responsible Party Signature

Fecha/Date

For PFS Use Only: Epic Guarantor Number(s):

Versión 02/26/19