



Financial Assistance Forms

# Saint Luke's Health System

## Solicitud de Ayuda Económica

Número de Cuenta(s): \_\_\_\_\_

Persona Responsable o Garante                      Número de Seguro Social                      Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Domicilio                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Número de teléfono de casa                      Número de teléfono celular                      Número de teléfono del trabajo/Otro número

Nombre del paciente                      Número del seguro social                      Fecha de nacimiento: Mes Día Año

Parentesco del paciente con el solicitante:  Yo mismo     Esposo/Pareja     Padre/Tutor Legal     Hijo  
 Otro (Por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Número total de residentes en el hogar: enumere a todas las personas que viven en la casa del solicitante y de los cuales es responsable económicamente. Marque la casilla correspondiente para especificar el parentesco:**

Parentesco					
Nombre	Edad	Esposa/Pareja	Padre	Hijo	Otro
1	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido usted residente del área metropolitana de Kansas City durante los últimos 3 años?     Sí     No

**Total de Ingresos brutos mensuales en los últimos 30 días: Total de ahorros e inversiones**

Fuentes de Ingresos	Solicitante/Paciente	Cónyuge/Pareja conviviente	Fuente	Solicitante/Paciente	Cónyuge/Pareja conviviente
Salarios	\$	\$	Cuentas bancarias	\$	
Pagos del Seguro Social	\$	\$	Ahorros	\$	
Beneficios por desempleo	\$	\$	Acciones/Bonos	\$	
Pagos por discapacidad	\$	\$	CD's(Certificado de Depósito)	\$	
Indemnización por accidentes laborales	\$	\$	IRA's (Cuenta individual para la jubilación)	\$	
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$	\$	Otros ahorros o inversiones	\$	
Dividendos, Intereses, Rentas	\$	\$			
Cupones de alimentos, Asistencia gubernamental	\$	\$			
Otras fuentes de ingreso	\$	\$			

Los pacientes de centros aprobados del National Health Service Corps (NHSC) no tienen que dar el número de Seguridad Social, datos bancarios, información sobre sus bienes, o marcar la casilla de residencia que se encuentra en esta solicitud.

**Devuelva la solicitud completada con su declaración de impuestos del año anterior, estados de cuentas bancarias de los últimos dos meses y los dos últimos talones de pago. Si existen circunstancias especiales que usted desee que se tomen en cuenta, por favor incluya una carta explicando dicha situación.**

Por medio de mi firma, certifico que la información conjunto con la documentación presentada, es una declaración completa y precisa de mi situación actual económica y doy permiso para verificar dicha información. Si no cumplierse con el pago de cualquier saldo reducido o ajustado quedaría sujeto a las practicas normales de facturación y cobranzas del *Saint Luke's Health System*.

Firma del paciente/ Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Patient Label:**

## Saint Luke's Health System

### Solicitud de Ayuda Económica

#### Instrucciones para completar la solicitud de asistencia económica:

A continuación, se detallan las diferentes secciones de la solicitud de Asistencia Económica. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor, comuníquese con la oficina administrativa del centro médico en el cual le atendieron.

Saint Luke's Hospitals: Plaza, North, South, East, Anderson, Hedrick, & Wright Locations	888-581-9401
Saint Luke's Physician Services	816-502-7000
Saint Luke's Home Care & Hospice	816-756-1160
Allen County Regional Hospital	620-365-1000

**Parte responsable o garante:** la persona que es responsable del saldo de la cuenta. Toda persona que tenga 18 años o más cuando reciba la atención médica será su propio garante. Los tutores, los pacientes que reciben cierta atención médica, y el cónyuge de un paciente fallecido, no tienen que seguir esta regla.

**Número de Seguro Social:** número de Seguro Social de la parte responsable.

**Fecha de nacimiento:** fecha de nacimiento de la parte responsable.

**Dirección del domicilio:** dirección del domicilio (incluya la ciudad, el estado y el código postal) de la parte responsable.

**Número de teléfono del domicilio, del celular, y del trabajo:** números de teléfono de la parte responsable.

**Nombre del paciente:** nombre del paciente, si es diferente al de la parte responsable o al del garante.

**Número de Seguro Social:** número de Seguro Social del paciente.

**Fecha de nacimiento:** fecha de nacimiento del paciente.

\*Si el paciente es la parte responsable o el garante, puede dejar esta sección en blanco.

**Relación del paciente con el solicitante:** Indique cómo esta persona está relacionada al paciente que está solicitando la ayuda.

**Número de personas en el hogar:** Enumere los dependientes que viven en la casa del solicitante, y que dependen económicamente del solicitante. Indique la relación del solicitante con el dependiente marcando la casilla correspondiente.

**¿Ha sido usted residente de Kansas City durante los últimos 3 años?** Esta pregunta tiene solo fines informativos y no influye en el resultado de la solicitud.

**Ingreso mensual bruto en los últimos 30 días:** Por favor, indique el ingreso mensual en la casilla correspondiente a la fuente de ingresos: del solicitante/del paciente y del cónyuge/de la pareja, si corresponde. Si la fuente de ingresos no está enumerada, por favor, anótela donde dice "(other) otro".

**Ahorros totales e inversiones:** Incluya todos sus ahorros e inversiones para tener una perspectiva completa de su situación económica. Por favor, indique el saldo de todas sus cuentas de ahorros y de inversiones en las casillas correspondientes.

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor, llámenos al número antes mencionado. Gracias.

#### **Por favor, devuelva la solicitud completa a la dirección de la entidad en la que está solicitando asistencia:**

**Saint Luke's Hospitals (Plaza, North, South, East, Anderson, Hedrick & Wright) and Physician balances for Anderson, Hedrick & Wright:**

Saint Luke's Health System, 901 E 104th St, Attn: Hospital CBO 7th Floor, Kansas City, MO 64131

**Saint Luke's Physician Services:**

Saint Luke's Physician Services, 901 E 104th St, Attn: Physician CBO 4th Floor, Kansas City, MO 64131

**Saint Luke's Home Care & Hospice:**

Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E 104th St, Attn: Home Care & Hospice 7th Floor, Kansas City, MO 64131

**Allen County Regional Hospital:**

Allen County Regional Hospital, 3066 N Kentucky St. Lola, KS 66749

**Patient Label:**