



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 de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: mes día año ____/____/____

Parentesco del paciente con el solicitante: yo mismo cónyuge/pareja padre/madre/tutor legal hijo
 Otro (especifique): _____

Número de personas en el hogar: enumere a todas las personas dependientes que viven en la casa del solicitante, de los cuales es responsable económicamente. Marque la casilla correspondiente para especificar el parentesco con cada dependiente:

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

¿Ha sido 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 de convivencia	Fuente	Solicitante/ Paciente	Cónyuge/ Pareja de convivencia
Salarios	\$ _____	\$ _____	Cuentas bancarias	\$ _____	_____
Pagos de Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Ahorros	\$ _____	_____
Beneficios de desempleo	\$ _____	\$ _____	Acciones/Bonos	\$ _____	_____
Pagos por discapacidad	\$ _____	\$ _____	CD (Certificado de depósito)	\$ _____	_____
Indemnización por accidentes laborales	\$ _____	\$ _____	IRA (Cuenta individual para la jubilación)	\$ _____	_____
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$ _____	\$ _____	Otros ahorros o inversiones	\$ _____	_____
Dividendos, intereses, alquiler	\$ _____	\$ _____			
Cupones de alimentos, asistencia gubernamental	\$ _____	\$ _____			
Otras fuentes de ingreso	\$ _____	\$ _____			

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

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

Con mi firma más abajo, certifico que la información y la documentación proporcionada constituye una declaración completa y precisa de mi situación actual económica y doy permiso para verificar dicha información. Si no cumplo con el pago del saldo reducido o ajustado, quedaré sujeto a las practicas normales de facturación y cobranzas del complejo hospitalario 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 ayuda económica:

A continuación, se detallan las diferentes secciones de la solicitud de ayuda 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	620-365-1015

Parte responsable o garante: es la persona 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 legales, los pacientes que reciben cierta atención médica, y el cónyuge de un paciente fallecido no tienen que seguir esta regla.

Número de Seguro Social: es el número de Seguro Social de la parte responsable.

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

Domicilio: el domicilio (incluya la ciudad, el estado y el código postal) de la parte responsable.

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

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

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

Fecha de nacimiento: la 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 la relación del solicitante con el paciente.

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, 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, llámenos al número antes mencionado. Muchas gracias.

Por favor, una vez complete la solicitud, entréguela al centro donde solicitó la ayuda económica:

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. PO Box 540, Iola, KS 66749

Patient Label: