



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	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____

¿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 (hospitales de la Plaza, North, South & East)	816-932-5678
Anderson County Hospital	785-204-4002
Hedrick Medical Center	660-214-8150
Wright Memorial Hospital	660-358-5871
Saint Luke's Physician Services	816-502-7000
Saint Luke's Home Care & Hospice	816-756-1160

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.

Patient Label: