



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:**