



# 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			Fuente		
	Solicitante/ Paciente	Cónyuge/ Pareja de convivencia		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, quedará 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:**