



Por favor complete el formulario de solicitud de asistencia financiera adjunto. Esta solicitud junto con los documentos complementarios se usa para determinar si usted es elegible para recibir ayuda a través de alguno de nuestros programas de asistencia financiera o para establecer un plan de pagos de mutuo acuerdo.

Es necesario que todas las personas con responsabilidad financiera en el hogar, presenten la documentación solicitada, incluyendo su esposo/a, si corresponde. Envíe la solicitud tras completarla e incluya copias legibles de los siguientes documentos (no envíe originales).

Indique en la siguiente lista si alguno de los documentos a continuación no corresponde en su caso (por ejemplo, si no necesita presentar la declaración de sus impuestos, escriba una breve explicación en esa línea).

- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente
- Una copia de su(s) W-2 (s) más reciente
- Una copia del estado de cuenta bancaria más reciente, incluyendo todas las transacciones (depósitos y retiros) de todas las cuentas bancarias
- Documentación de cualquier otro tipo de ingreso que tenga (declaración de ingreso por: rentas, compensación para trabajadores, pensiones o dividendos, fideicomisos, desempleo, etc.)
- Carta de aprobación del Seguro Social, si corresponde
- Su talón de cheque o nómina más reciente
- Si usted trabaja por cuenta propia: Por favor, presente los estados de cuentas bancarias de los tres últimos meses, incluyendo todas las transacciones (depósitos/retiros), de todas sus cuentas; personales y de su negocio
- Si recibe asistencia pública o de otro tipo, incluya documentación (carta de verificación para: cupones de comida, asistencia en efectivo, etc.)

Entregue esta solicitud junto con todos los documentos necesarios a:

**Por correo:** St. Luke's Health System Attn: Financial Care (Servicios Financieros)  
P.O. Box 2578  
Boise, ID 83702

**Fax:** Attn: Financial Care (Servicios Financieros)  
(208) 493-2321

Si su solicitud está incompleta, le devolveremos toda su información y su cuenta continuará el proceso con una agencia de cobros o recolección hasta que llegemos a una determinación de mutuo acuerdo.

St. Luke's le enviará una carta con la decisión determinada.

Si desea hablar con alguien acerca de su situación financiera, puede ponerse en contacto con un representante de atención al cliente. Llame al (208) 706-2333, al número gratuito 800-342-3432 o envíe un correo electrónico a [pfscustomerservice@slhs.org](mailto:pfscustomerservice@slhs.org)

Solicitud de ayuda  
financiera

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de a persona responsable:		Estado civil:	
Dirección:		Ciudad:	
		Estado:	Código postal:
Nº de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Empleador:	Teléfono:	Fecha de contratación:	
Dirección:		Ciudad:	
Negocio propio: Sí o No	Ocupación:	Estado:	Código postal:
Nombre del esposo/a o pareja:		Nº de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Empleador o negocio propio:		Teléfono:	Fecha de contratación:

ESCRIBA UNA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

(use el reverso de este formulario si necesita más espacio para otros dependientes, fechas de nacimiento y parentesco) →

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Parentesco

FUENTE DE INGRESO	PERSONA RESPONSABLE	ESPOSO/A O PAREJA
Sueldo (antes de las deducciones)	\$	\$
Manutención de niños o adultos/pensión alimenticia	\$	\$
Discapacidad/ingresos por compensación de trabajadores	\$	\$
Jubilación	\$	\$
Ingreso del Seguro Social	\$	\$
Dividendos/interés/ingreso por fideicomisos/por herencia/rentas	\$	\$
Asistencia pública/cupones de alimento/desempleo etc.	\$	\$
Ingresos de otras fuentes (por favor especifique)	\$	\$
Total	\$	\$

BIENES DEL HOGAR	VALOR	CANTIDAD QUE DEBE
Saldo de cuenta(s) corriente	\$	\$
Saldo de cuenta(s) de ahorro	\$	\$
Acciones/bonos/IRA/401K	\$	\$
Casa(s)	\$	\$
Otros bienes activos	\$	\$
Total	\$	\$

¿Qué cantidad puede pagarle mensualmente a St. Luke's Health System?	
--	--

Si los gastos son mayores que los ingresos enumerados, por favor use el reverso de este formulario para describir cómo paga los gastos cada mes.  
→

Al firmar y enviarle esta solicitud a St. Luke's, declaro que toda la información que he ofrecido es completa y verdadera a mi mejor entender. Si intencionalmente y con el deseo de estafar o engañar entrego información falsa, se me negará asistencia financiera para los servicios actuales y futuros y seré responsable por cualquiera y cada uno de los cargos incurridos.

Autorizo que St. Luke's Health System verifique la información entregada.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona responsable/Responsible Party Signature

\_\_\_\_\_  
 Fecha/Date

For PFS Use Only: Epic Guarantor Number(s):