



Estimado/a paciente:

St. Elizabeth Healthcare entiende que la atención médica en un hospital puede crear dificultades financieras inesperadas para los pacientes y sus familias. Ofrecemos diversos programas de ayuda financiera diseñados para aliviar esa carga.

Junto con esta carta encontrará una solicitud de ayuda financiera. Para poder procesar la solicitud, es necesario que conteste todas las preguntas. Si alguna pregunta no corresponde, marque "NA" o "NC" (no aplica, no corresponde). Por favor complete y firme la solicitud. Debe incluir también los gastos del hogar y cualquier otro ingreso que tenga. **Si falta información de una parte de los ingresos o no incluye comprobantes de los ingresos, no podremos procesar su solicitud.**

Para verificar la elegibilidad para el programa, debemos comprobar todos los ingresos del hogar para los doce meses anteriores a la fecha de su servicio. Por favor adjunte copias de lo siguiente, que se usarán como comprobantes de los ingresos:

- Talón de pago más reciente
- Declaraciones de impuestos (año anterior o años para los que está solicitando ayuda)
- Cartas de aprobación de Seguro Social **y estado de cuenta bancario (mostrando depósito directo de Seguro Social)**

Tenga en cuenta además que mientras se esté revisando su solicitud, usted continuará recibiendo estados de cuenta.

Si tiene otras dudas o necesita ayuda para completar la solicitud, por favor llame al 859-655-1925, de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm para hablar con un representante del Programa de ayuda financiera, o envíenos un email a [financialassistance@stelizabeth.com](mailto:financialassistance@stelizabeth.com). Si llama después del horario de atención, por favor deje su información para que podamos contactarnos con usted y un breve mensaje y lo llamaremos durante el siguiente día hábil.

Por favor tenga en cuenta un plazo de hasta 30 días para que se revise su solicitud. Gracias por elegir St. Elizabeth Healthcare para todas sus necesidades de atención de la salud.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services)



1 Medical Village Drive • Edgewood, KY 41017

DESTINATARIO:

ENVIAR LA SOLICITUD A:

ST. ELIZABETH HEALTHCARE  
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION  
1 MEDICAL VILLAGE DRIVE  
EDGEWOOD KY 41017  
|||

FECHAS DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

CUENTA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE CÓNYUGE O PADRE/MADRE \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_

SI ESTÁ DESEMPLEADO, ÚLTIMA FECHA EN QUE ESTUVO EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DEPENDIENTE - N.º SEGURO SOCIAL - NOMBRE DE DEPENDIENTE - N.º SEGURO SOCIAL

_____ - _____	_____ - _____
_____ - _____	_____ - _____
_____ - _____	_____ - _____

INGRESO FAMILIAR (Ingreso bruto antes de impuestos - Últimos 12 meses)

**Paciente**

Salario/Jornales/Propinas:	\$ _____
Intereses/Dividendos:	\$ _____
Pensión alimenticia:	\$ _____
Seguro Social:	\$ _____
Pensión/Jubilación:	\$ _____
Discapacidad:	\$ _____
Desempleo:	\$ _____
Indemnización laboral:	\$ _____
Empleo por cuenta propia:	\$ _____

**Cónyuge**

Salario/Jornales/Propinas:	\$ _____
Intereses/Dividendos:	\$ _____
Pensión alimenticia:	\$ _____
*Seguro Social:	\$ _____
*Pensión/Jubilación:	\$ _____
Discapacidad:	\$ _____
Desempleo:	\$ _____
Indemnización laboral:	\$ _____
Empleo por cuenta propia:	\$ _____

**Ingreso total anual del hogar \$ \_\_\_\_\_ Ingreso promedio mensual del hogar \$ \_\_\_\_\_**

(Por favor complete todos los espacios, si no corresponde completarlos, por favor escriba un 0 en el renglón.)

**Recursos/ bienes de la familia**

Saldo de cuenta bancaria \$ _____	Nombre del banco _____
Saldo de cuenta de ahorro \$ _____	Nombre del banco _____
IRA/401K-403B _____	Nombre del banco _____

**VALOR DE LA PROPIEDAD (Casa o bienes personales que no sean su residencia)**

Descripción/Ubicación \_\_\_\_\_ Valor de mercado: \$ \_\_\_\_\_

**Gastos mensuales**

Vivienda -	\$ _____
Automóvil -	\$ _____
Seguro	\$ _____
Servicios públicos (gas, electricidad, agua) –	\$ _____
Seguro de salud	\$ _____
Médicos -	\$ _____
Combustible	\$ _____
Gastos del hogar	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____
Teléfono celular	\$ _____
Teléfono de línea	\$ _____
Cable	\$ _____
Otro (sea específico) -	\$ _____
Otro (sea específico) -	\$ _____
Otro (sea específico) -	\$ _____
Otro (sea específico)	\$ _____
<b>Total de gastos mensuales</b>	\$ _____

**Ingreso mensual promedio de la página 1 \$ \_\_\_\_\_ Gastos totales mensuales indicados arriba \$ \_\_\_\_\_**

*Certifico que toda la información que proporcioné en esta solicitud es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa u oculto información, se me puede negar o retirar ayuda a criterio de St. Elizabeth Healthcare.*

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de cónyuge:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

.....**This Space is for Hospital Personnel (Espacio para personal del hospital).**

Application Reviewed By/Solicitud revisada por: \_\_\_\_\_ Date Reviewed/Fecha de revisión \_\_\_\_\_