

Estimado paciente valioso,

Gracias por su interés en el programa de dificultades financieras para St. Elizabeth Physicians, St. Elizabeth Physician Services y St. Elizabeth Family Practice Center.

Complete la solicitud adjunta a esta carta enumerando todos los miembros del hogar y sus ingresos. Se debe incluir la siguiente documentación para procesar su solicitud: Copias (no envíe originales) de la prueba de ingresos que incluye su declaración de impuestos del año anterior y su talón de pago más reciente. Si tiene ingresos distintos al empleo, como el seguro social, el desempleo, la jubilación, etc., envíe una copia de la carta de adjudicación indicando el monto de su beneficio mensual o semanal. Si no tiene ingresos, complete la carta de verificación adjunta explicando cómo está obteniendo alimentos, vivienda, transporte, etc.

Si no se incluye la verificación de ingresos, su solicitud será devuelta con una solicitud de la documentación. Si no se completa, su solicitud puede ser denegada.

Puede enviar su solicitud de cualquiera de las siguientes maneras:

- Por correo: St Elizabeth Physicians
1360 Dolwick Dr. Ste 200
Erlanger, KY 41018
- A través de MyChart: Acceda a su cuenta de MyChart para aplicar
- Vía E-mail: SEPCollections@stelizabeth.com
- Por fax: 859.795.5461
- En persona: Puede dejar en cualquiera de nuestras ubicaciones de St. Elizabeth Physician

Las solicitudes se procesarán al recibir toda la documentación solicitada. Siempre que se reciban todos los documentos, se enviará una notificación por correo indicando la aprobación o denegación en el programa. Recomendamos encarecidamente a todos los solicitantes que organicen un plan de pago en todas las cuentas mientras están en el proceso de solicitud.

Esta solicitud también puede aplicarse a las facturas que pueda estar recibiendo de St. Elizabeth Healthcare.

POR FAVOR, ESPERE AL MENOS 30 DÍAS PARA EL PROCESAMIENTO

Si tiene alguna pregunta, llame al 859-344-5555 de lunes a jueves entre las horas de 8:00 a.m. y 5:30 p.m. y los viernes entre las horas de 8:00 a.m. y 4:00 p.m.

Solicitud de asistencia financiera para pacientes para el Hospital St. Elizabeth y visitas al médico

Este formulario único de solicitud de asistencia financiera se puede utilizar tanto para servicios hospitalarios como médicos. Sin embargo, los servicios hospitalarios y médicos utilizan diferentes parámetros de ingresos para calificar a los pacientes, otorgar diferentes porcentajes de descuento y comunicarán la aprobación o denegación de forma independiente..

Nombre completo: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Empleador: _____

Nombre de los miembros de la familia	Número de cuenta (enumere solo uno si	DOB	SSN
Paciente:			
Esposo:			
Dependiente:			

La calificación de asistencia financiera se determina sobre los ingresos familiares del solicitante, como un porcentaje por encima de las pautas federales de pobreza.

Responda las siguientes preguntas a continuación, si responde afirmativamente, proporcione los documentos requeridos con su solicitud. Sírvase proporcionar copias de la documentación solicitada **para todos los miembros adultos de la familia.** "Familia" incluirá cualquier dependiente reclamado para fines de impuestos federales. Si no se incluye documentación específica, no podremos procesar su solicitud.

Sí/No	Pregunta	En caso afirmación, documentos requeridos
	¿Presenta impuestos?	Declaración de impuestos federales más reciente
	¿Alguien en el hogar está empleado?	Talón de pago más reciente por persona
	¿Recibe Seguro Social?	Carta de Premio Anual
	¿Recibe Discapacidad?	Carta de Premio Anual
	¿Recibe desempleo?	Carta de beneficios
	¿Recibe ingresos de jubilación / pensión?	Carta de beneficios mensuales o extracto bancario
	¿Trabajas por cuenta propia?	Informe de ingresos/gastos de 2 meses
	¿Tiene algún ingreso no mencionado?	Documentación a apoyar
	¿Está reclamando un ingreso de \$0?	Verificación de Ingreso Cero (adjunto)



¿Tiene algún activo inmobiliario o financiero, como ahorros? **Sí / No**

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Sírvase proporcionar la siguiente información basada en los ingresos medios de los últimos 12 meses.

Ingreso familiar mensual y		
	Paciente	Esposo
Salario Mensual (Bruto)	\$	\$
Prestaciones por desempleo	\$	\$
Seguridad social	\$	\$
Compensación del trabajador	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Discapacidad a corto/largo plazo	\$	\$
Jubilación/Pensión	\$	\$
Trabajo por cuenta propia	\$	\$
Otro	\$	\$
Ingreso familiar total	\$	

Gastos mensuales

Vivienda..... \$ _____ Utilidades..... \$ _____ Gastos del hogar..... \$ _____
 Coche..... \$ _____ Otro..... \$ _____ (food, etc.)

Otra información que le gustaría proporcionar: _____

Cargue los documentos completos de solicitud e ingresos a través de su cuenta de MyChart de St. Elizabeth.

Tenga en cuenta que se requiere documentación para todos los miembros adultos de la familia. Falta de prestación de las prestaciones necesarias la documentación puede resultar en un retraso en el proceso de la solicitud o una denegación.

Doy fe de que la información anterior es actual y precisa:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Para obtener información adicional sobre el hospital St. Elizabeth o los programas de asistencia financiera para médicos, visite:

- <https://www.stelizabeth.com/resources/pay-my-bill>
- <https://www.stelizabethphysicians.com/resources/pay-my-bill/>

Verificación de Ingresos Cero

Yo, _____

1. Mi lugar de residencia es: _____
2. Soy (por favor, círculo uno): **soltero casado y divorciado.**
3. Reclamo los siguientes dependientes (nombres y DOB): _____
4. He estado desempleado desde (mes/año): _____
5. Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo, incluidos salarios y salarios, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguridad social, compensación de trabajadores, pagos por discapacidad, ingresos por desempleo, ingresos comerciales, alquileres y regalías, herencia, beneficios de huelga, ingresos por pensión alimenticia y/ o pagos recibidos del estado por tutela legal o custodia.
6. Actualmente estoy obteniendo alimentos y vivienda a través de las siguientes fuentes:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____