



Médicos de St. Elizabeth  
Servicios médicos de St. Elizabeth  
Centro de Práctica Familiar de St. Elizabeth  
(859) 344-5555

Estimado Paciente Valorado,

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

Por favor complete la solicitud adjunta a esta carta enumerando todos los miembros del hogar y sus ingresos. La siguiente documentación debe incluirse para procesar su solicitud: Copias (no enviar originales) de prueba de ingresos que incluye su declaración de impuestos del año anterior y sus tres talones de pago más recientes. Si tiene una fuente de ingresos que no sea el empleo, como la seguridad social, el desempleo, la jubilación, etc., envíe una copia de la carta de premio 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:

- Vía Correo: St. Elizabeth Physicians  
Attn: FHA  
1360 Dolwick Dr. Ste 200  
Erlanger, KY 41018
- Por correo electrónico: [SEPCollections@stelizabeth.com](mailto:SEPCollections@stelizabeth.com)
- Fax: 859.795.5461
- En persona: Usted puede dejar en cualquiera de sus ubicaciones de St. Elizabeth Physician

Las solicitudes se procesarán al recibir toda la documentación solicitada. Todos los solicitantes recibirán una notificación por correo indicando la aprobación o denegación en el programa. Recomendamos encarecidamente a todos los solicitantes organizar un plan de pago en todas las cuentas mientras están en el proceso de solicitud.

**Esta solicitud no se aplica a las facturas que puede 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 8:00 a.m. y las 5:30 p.m. y los viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m.



Médicos de St. Elizabeth  
Servicios médicos de St. Elizabeth  
Centro de Práctica Familiar de St. Elizabeth  
(859) 344-5555

Por favor, responda las siguientes preguntas a continuación, si responde sí, proporcione los documentos requeridos con su solicitud. Proporcione copias de la documentación solicitada para todos los miembros de la familia. "Familia" incluirá cualquier dependiente reclamado a efectos fiscales federales. Si no se incluye documentación específica, no podremos procesar su solicitud.

Por favor responda las siguientes preguntas, de responder sí por favor proporcione los documentos requeridos con su solicitud.

Sí/No	Pregunta	En caso afirmativo, Documentos requeridos
	¿Usted presenta impuestos?	Declaración de impuestos federal más reciente
	¿Hay alguien en la casa empleado?	3 talones de pago consecutivos más recientes por persona
	¿Recibe seguridad social?	Carta de beneficios mensuales
	¿Recibe discapacidad?	Carta de beneficios mensuales
	¿Recibe desempleo?	Carta de beneficios
	¿Recibe ingresos por jubilación/pensión?	Carta de beneficios mensuales o extracto bancario
	¿Eres autónomo?	2 informes mensuales de ingresos/gastos
	¿Tiene algún ingreso no mencionado?	Documentación para apoyar
	¿Está reclamando ingresos de \$0?	Verificación de Cero Ingresos (adjunta)

Proporcione sus ingresos familiares mensuales y su fuente en función de los ingresos promedio de los últimos 12 meses.

Ingresos	Tipo (por ejemplo: Stubs de pago, SSI, etc.)	Frecuencia	Horas/Semana	Cantidad
Paciente				\$
				\$
Cónyuge				\$
				\$

Otra información que le gustaría proporcionar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que se requiere documentación para todos los miembros de la familia. Si no se proporciona la documentación necesaria, puede provocar un retraso en la tramitación de la solicitud o en una denegación.



Médicos de St. Elizabeth  
 Servicios médicos de St. Elizabeth  
 Centro de Práctica Familiar de St. Elizabeth  
 (859) 344-5555

Nombre de los miembros del hogar	Número de cuenta	Dob	Ssn	Ingresos mensuales
Paciente				
Cónyuge				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

Para calificar para asistencia financiera, usted debe estar en o por debajo de las pautas federales de pobreza que se enumeran a continuación:

Cuenta	Número en familia	Fpl	150%	200%
Médicos de St. Elizabeth	1	\$12,760	\$19,140	\$25,520
	2	\$17,240	\$25,860	\$34,480
	3	\$21,720	\$32,580	\$43,440
	4	\$26,200	\$39,300	\$52,400
	5	\$30,680	\$46,020	\$61,360
	6	\$35,160	\$52,740	\$70,320
	7	\$39,640	\$59,460	\$79,280
	8	\$44,120	\$66,180	\$88,240
	Cada persona adicional agrega	\$4,480	\$6,720	\$8,960
	Ingresos por debajo de la cantidad			
Tarifas de descuento por		75%	65%	50%

Cuenta	Número en familia	FPL 200%	300%	400%	
Servicios médicos de St. Elizabeth	1	\$25,520	\$38,280	\$51,040	
	2	\$34,480	\$51,720	\$68,960	
Centro de Práctica Familiar	3	\$43,440	\$65,160	\$86,880	
	4	\$52,400	\$78,600	\$104,800	
	5	\$61,360	\$92,040	\$122,720	
	6	\$70,320	\$105,480	\$140,640	
	7	\$79,280	\$118,920	\$158,560	
	8	\$88,240	\$132,360	\$176,480	
	Cada persona adicional agrega	\$8,960	\$13,440	\$17,920	
	Ingresos por debajo de la cantidad				
	Tarifas de descuento por		100%	50%	25%

Atestiguo que la información anterior es actual y precisa.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Médicos de St. Elizabeth  
Servicios médicos de St. Elizabeth  
Centro de Práctica Familiar de St. Elizabeth  
(859) 344-5555

**Verificación de Ingresos Cero**

Yo \_\_\_\_\_ confirmo,

1. Mi lugar de dirección is \_\_\_\_\_

2. Soy (por favor, circule uno)    **Soltero**            **Casado**            **Separados**            **Divorciado**

3. Reclamo los siguientes dependientes (nombres y DOB):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. He estado desempleado since \_\_\_\_\_

5. Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo, incluyendo salarios y salarios, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguridad social, compensación de trabajadores, pagos por discapacidad, ingresos por desempleo, ingresos empresariales, alquileres y regalías, herencia, prestaciones de huelga, pensión alimenticia y los pagos recibidos del estado por tutela legal o custodia.

6. Actualmente estoy obteniendo alimentos y vivienda a través de las siguientes

fuentes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_