

Anexo #111 Apéndice C - Aplicación



AYUDA FINANCIERA
APLICACIÓN

Registro médico _____

Teléfono _____

Paciente _____

Empleador _____

Calle _____

Ciudad, Estado, código postal _____

Favor indicar los ingresos totales del núcleo familiar.

	Últimos 12 meses	Últimos 3 meses
Ingresos brutos		
Otros ingresos familiares		
Ingresos totales familiares		
Activos-ahorros/IRA/CD		
Bienes raíces/mercado monetario/acciones		

Dependientes: (Cantidad de personas que viven en el hogar)

	Nombre	Edad	Relación
1			
2			
3			
4			
5			

Certifico que la información indicada anteriormente está completa y es precisa a mi saber y entender. Además, cooperaré con St. Luke si se considera necesario para aplicar para cualquier tipo de asistencia (Medicaid, Medicare, seguros, etc.) que pueda estar disponible para pagar los cargos del hospital.

Entiendo que esta aplicación se realiza para que el hospital pueda determinar mi elegibilidad para recibir servicios no reembolsables bajo el programa de asistencia financiera, basado en los criterios establecidos en el archivo del hospital. Si cualquier información que haya otorgado resulta incompleta, entiendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar la acción que sea adecuada.

Autorizo a mi banco, la institución de préstamos, la compañía de seguros, mi empleador o cualquier acreedor de cualquier tipo del abajo firmante que libere cualquier información solicitada por el hospital St. Luke que corresponda a cualquiera y a todos los asuntos financieros involucrados o relacionados con el abajo firmante.

Fecha

Firma del aplicante

Entiendo que ningún cargo del médico relacionado con mis servicios en el hospital de St. Luke está cubierto por este programa.

01/2024