#111 Attachment Appendix C - Application

Oficina comercial
PO Box 5489
Bethlehem, PA 18015
Atención: Asesor financiero
Teléfono: (484) 526-8000
Fax: 833-616-4601

Solicitud de asistencia financiera

- Se requiere una solicitud por separado para cada miembro del grupo familiar que solicite asistencia financiera, incluidos los menores de edad. Se debe presentar un solo conjunto de documentación complementaria por grupo familiar.
- Debe completar todas las páginas del formulario de solicitud.
- Si necesita ayuda para completar la solicitud, puede llamar al número que se indica arriba.

Apellido/Nombre:	N.º del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Teléfono:	N.º de teléfono para mensajes:	Dirección de correo electrónico:
¿Tiene seguro? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía aseguradora y el número de identificación del seguro:	¿Ha solicitado Pennsylvania Medicaid el año pasado? Sí No No estoy seguro	Encierre en un círculo la opción que corresponda **Elegible para PA Medicaid** **Se le negó PA Medicaid** **No lo solicitó**

St. Luke's University Health Network (SLUHN) debe hacerle algunas preguntas personales para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Conservaremos esta información en nuestros archivos de forma confidencial. Debe proporcionar copias de sus declaraciones de impuestos federales anuales, recibos de sueldo, declaraciones de beneficios del Seguro Social u otras fuentes de ingresos para que podamos verificar sus ingresos. Los extractos bancarios no se pueden utilizar para verificar sus ingresos.

- Si se descubre que esta información es falsa, perderé la posibilidad de ingresar al programa y seré responsable de devolver cualquier beneficio que haya recibido.
- Si mis ingresos o el tamaño de mi grupo familiar cambian, debo informárselo a los asesores financieros lo antes posible.
- Si reúno los requisitos para recibir tarifas reducidas, pero no hago los pagos que me corresponden, es posible que mi cuenta se envíe a una agencia de cobranza.
- El plazo de esta solicitud puede extenderse o reducirse a discreción de SLUHN, en función de las necesidades médicas evaluadas por SLUHN.

Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del paciente:	Fecha:
Firma del padre/madre/tutor legal:	Fecha:

Grupo familiar: Enumere los nombres y las fechas de nacimiento de todos los miembros de su grupo familiar, incluido usted mismo.

- Si usted realiza la declaración de impuestos, su grupo familiar los incluye a usted, a su cónyuge y a todos los dependientes que declare en sus impuestos.

- Si otra persona lo declara a usted como dependiente, su grupo familiar los incluye a usted, a la persona que lo declara como dependiente y a cualquier otra persona enumerada en su declaración de impuestos.
- Si usted no paga impuestos y no se lo declara como dependiente de ninguna otra persona, su grupo familiar los incluye a usted, a su cónyuge y a los hijos si viven con usted.

Comprobantes de ingresos

- Debe presentar un comprobante para cada una de las siguientes fuentes de ingresos de cada miembro de su grupo familiar para determinar si reúne los requisitos. Tenga en cuenta que no podemos aceptar extractos bancarios como comprobantes de ingresos.
- Si no tiene ingresos, deberá ponerse en contacto con un asesor financiero para solicitar una "Hoja de trabajo de ingresos cero".
- Si no puede proporcionar comprobantes de ingresos, deberá comunicarse con un asesor financiero para solicitar un "Comunicado de declaración de ingresos".

Empleado:

- Proporcione los recibos de sueldo de los últimos tres meses si no incluyen el resumen de ingresos acumulados del año a la fecha. Si lo incluyen, solo deberá proporcionar los recibos de sueldo más recientes de un mes.

Impuestos

- Proporcione su declaración de impuestos federales más reciente **firmada**.
- Si no paga impuestos, deberá presentar una carta firmada en la que indique que no lo hace y llamar al IRS al 1-800-908-9946 o al 1-800-829-1040 para solicitar una carta de estado de exención gratuita.
- Si no puede encontrar copias de sus declaraciones de impuestos, debe solicitar una transcripción gratuita al IRS en www.irs.gov/individuals/Get-Transcript o llamando al 1-800-908-9946 o al 1-800-829-1040.
- Proporcione la declaración de impuestos federales más reciente de cualquier persona que lo haya declarado como dependiente.
- Si recibe ingresos por alquileres o trabajos autónomos, debe presentar su declaración de impuestos federales más reciente.

Recursos

- Proporcione los extractos de sus cuentas corrientes, de ahorros o del mercado monetario de los últimos tres meses para poder verificar sus ingresos y recursos (incluya los extractos completos de cada cuenta).

Carta de dificultades económicas

- Proporcione una explicación de las circunstancias por las cuales está solicitando asistencia financiera.

Declaración de beneficios actuales:

- **Proporcione las siguientes declaraciones, si corresponde.**

Desempleo **Carta de aprobación del Seguro Social** **TANF** **Indemnización por accidente laboral**

Discapacidad a corto o largo plazo **Manutención de menores/Pensión alimenticia** **Jubilación o renta vitalicia**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos	Relación	Fuente de ingresos con comprobante adjunto

Al firmar a continuación, declaro que los datos y la información enumerados anteriormente son precisos y verdaderos a mi leal saber y entender. También certifico que he incluido toda la documentación de respaldo para cada fuente de ingresos. Esta solicitud se debe devolver completada y con todos los documentos necesarios en un plazo de 30 días.

Firma del paciente:	Fecha:
Firma del padre/madre/tutor legal:	Fecha: