



Solicitud de asistencia financiera

Los residentes de los siguientes estados son elegibles:

ID, OR, NV, UT y WA

St. Luke's brinda asistencia financiera a pacientes elegibles que necesitan ayuda para pagar parte o todos los servicios de emergencia o medicamento necesarios recibidos en algún centro de St. Luke's o por parte de un proveedor de St. Luke's. Este programa fue desarrollado para ayudar a pacientes de bajos ingresos, sin seguro médico o con seguro médico limitado, y a aquellos con facturas médicas catastróficas. Los pacientes que no puedan pagar pueden solicitar asistencia completando esta solicitud y presentando los documentos solicitados.

Los pacientes y las familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para atención con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tienen seguro médico. Los servicios que son elegibles para opciones de asistencia financiera externa (por ejemplo, el mercado de seguros de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, ACA por sus siglas en inglés, programas gubernamentales o estatales/federales) pueden no ser elegibles para atención financiera interna.

Para ver nuestra política de atención financiera y pautas de descuento, visite St. Luke's Online: <https://www.stlukesonline.org>

≤ 400% del ingreso BRUTO - Pautas federales de pobreza 2026									
Tamaño de la familia:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mensual	\$5,320.00	\$7,213.33	\$9,106.67	\$11,000.00	\$12,893.33	\$14,786.67	\$16,680.00	\$18,573.33	\$20,466.67
Anual:	\$63,840.00	\$86,560.00	\$109,280.00	\$132,000.00	\$154,720.00	\$177,440.00	\$200,160.00	\$222,880.00	\$245,600.00

Documentación requerida

Proporcione los documentos que apliquen a su hogar. No todos los elementos enumerados son obligatorios. Utilice la lista de verificación a continuación para asegurarse de que su solicitud esté completa.

Prueba de ingresos

- Talones de pago recientes (últimos 30 días para todos los miembros del hogar mayores de 18 años)
- Declaración de impuestos federales más reciente con W-2(s)
- Si no se presentaron impuestos: W-2(s) más el formulario 4868 del IRS (extensión de presentación de impuestos)
- Otros ingresos (incapacidad, desempleo, manutención de niños/adultos, jubilación, alquiler, dividendos, ingresos fiduciarios)

Trabajador por cuenta propia (si corresponde)

- Anexo C (Schedule C) de la declaración de impuestos más reciente
- 3 meses de estados de pérdidas y ganancias (P&L)
- 3 meses de extractos bancarios (Más reciente, que muestra todas las transacciones (depósitos y retiros) de todas las cuentas)

Asistencia pública (si corresponde)

- Documentación de beneficios (SNAP/cupones de alimentos, asistencia en efectivo, etc.)
- Carta de verificación de beneficios del Seguro Social

Si no tienes ingresos

- Una declaración escrita que explique cómo su hogar cubre los gastos de manutención.

Extractos bancarios

- Solo se requiere si se usa para confirmar ingresos o respaldar su solicitud

Instrucciones de envío

Envíe su solicitud por correo, fax o correo electrónico junto con toda la documentación requerida a:

St. Luke's Health System

Financial Care
P.O. Box 2578
Boise, ID 83701

Fax: (208) 706-7619 (Attention: Financial Care)

Correo electrónico: pfsfincare@slhs.org (Subject: Financial Care)

¿Necesita ayuda?

Si desea ayuda para completar esta solicitud o tiene preguntas sobre los documentos requeridos, comuníquese con un asesor financiero del paciente al (208) 706-6229 o envíe un correo electrónico a pfsfincare@slhs.org.



Solicitud de asistencia financiera

Los residentes de los siguientes estados son elegibles:

ID, OR, NV, UT y WA

Solicitante/Cosolicitante

“Solicitante” (contacto principal)

“Cosolicitante” (cónyuge, pareja o compañero sentimental, etc.)

Nombre del solicitante:		Nombre del cosolicitante:	
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Teléfono:	Correo electrónico:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:			

Lista de los miembros del hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

Empleo/ingresos

Proporcione detalles del ingreso mensual bruto (antes de las deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años

Solicitante		Cosolicitante	
Nombre del empleador o de la empresa: Fecha de contratación:		Nombre del empleador o de la empresa: Fecha de contratación:	
Empleo/Trabajador independiente: Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/>	\$	Empleo/Trabajador independiente: Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/>	\$
Manutención de niños/adultos/Pensión conyugal:	\$	Manutención de niños/adultos/Pensión conyugal:	\$
Seguro Social/Discapacidad:	\$	Seguro Social/Discapacidad:	\$
Asistencia pública/Cupones de alimentos/Desempleo, etc.:	\$	Asistencia pública/Cupones de alimentos/Desempleo, etc.:	\$
Jubilación/Pensión/Jubilación del Seguro Social:	\$	Jubilación/Pensión/Jubilación del Seguro Social:	\$
Ingresos de propiedad de renta:	\$	Ingresos de propiedad de renta:	\$
Ingresos de otras fuentes Describa:	\$	Ingresos de otras fuentes Describa:	\$

Declaración y firma

Al firmar y presentar esta solicitud en St. Luke's, confirmo que toda la información que proporcioné es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Por la presente autorizo a St. Luke's Health System para que investigue cualquier declaración o dato que yo o cualquier persona proporcionemos pertinente a mis obligaciones financieras. Si proporciono información falsa deliberadamente o con intención fraudulenta o de engaño, se me negará la asistencia financiera para los servicios actuales y futuros, y seré responsable de todos los cargos. Nos reservamos el derecho de verificar toda la información que se proporciona en esta solicitud por cualquier medio a nuestro alcance.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cosolicitante: _____ Fecha: _____