



# Solicitud de Asistencia Financiera para Cuerpos del Servicio Nacional de Salud

St. Luke's brinda asistencia financiera a pacientes calificados que necesitan ayuda para pagar parte o toda la atención de emergencia o médicamente necesaria que recibieron en un 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 o con seguro insuficiente, 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 que han recibido servicios en un centro o ubicación del National Health Service Corps (Cuerpos del Servicio Nacional de Salud, NHSC por sus siglas en inglés), deben presentar la siguiente información con el fin de determinar si cumplen con los requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera. Si desea ver la lista de los centros de NHSC elegibles puede visitar la página de St. Luke's en línea: [www.stlukesonline.org/NHSCLocations](http://www.stlukesonline.org/NHSCLocations).

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 se 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](mailto: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](mailto:pfsfincare@slhs.org).

## Solicitante/Cosolicitante

“Solicitante” (contacto principal)

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

<b>Nombre del solicitante:</b>		<b>Nombre del cosolicitante:</b>	
<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Correo electrónico:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Correo electrónico:</b>
<b>Dirección:</b>			

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

## 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: \_\_\_\_\_