



# St. Luke's Health System

## Solicitud de asistencia financiera

### Financial Care Application (Spanish)

**Los residentes de los siguientes estados son elegibles: ID, OR, NV, UT y WA**

St. Luke's brinda asistencia financiera a pacientes que cumplen ciertos requisitos y necesitan ayuda para pagar parte o toda la atención de emergencia o medicamento necesaria, que recibieron en un centro de St. Luke's o por un profesional médico de St. Luke's. Los pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de sus servicios de atención médica pueden solicitar asistencia completando y firmando una solicitud de asistencia financiera y presentando los documentos solicitados. Los pacientes y las familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos pueden ser elegibles para recibir atención médica con descuento en función del tamaño de la familia y los ingresos, incluso si tienen seguro médico.

Los servicios que son elegibles para opciones de asistencia financiera externa (tales como, el mercado de seguros de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, ACA por sus siglas en inglés), asistencia gubernamental o planes de agencias estatales/federales) pueden *no* ser elegibles para asistencia financiera interna.

<b>≤ 400% del ingreso BRUTO - Pautas federales de pobreza 2025</b>										
<b>Tamaño de la familia:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Mensual</b>	<b>\$5,216.67</b>	<b>\$7,050</b>	<b>\$8,883.33</b>	<b>\$10,716.67</b>	<b>\$12,550</b>	<b>\$14,383.33</b>	<b>\$16,216.67</b>	<b>\$18,050</b>	<b>\$19,883.33</b>	<b>\$21,716.67</b>
<b>Annual:</b>	<b>\$62,600</b>	<b>\$84,600</b>	<b>\$106,600</b>	<b>\$128,600</b>	<b>\$150,600</b>	<b>\$172,600</b>	<b>\$194,600</b>	<b>\$216,600</b>	<b>\$238,600</b>	<b>\$260,600</b>

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

Los pacientes que presentan una solicitud de asistencia financiera para servicios recibidos en St. Luke's deben presentar los siguientes documentos para determinar si cumplen con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**Incluya copias de los documentos solicitados a continuación:**

**Talones de cheque:** Copias de los últimos 30 días de todos los miembros del hogar.

**Documentos fiscales:** Declaración de impuestos federales del año actual con los formularios W-2, o si los impuestos *no han* sido presentados, necesitaremos los formularios W-2 más el formulario 4868 (SP) "Solicitud de Prórroga Automática para Presentar la Declaración del Impuesto sobre el Ingreso Personal de los Estados Unidos" (Automatic Extension to file U.S. Individual Income Tax Return).

**Prueba de ingresos:** Documentación de todas las fuentes de ingresos (es decir, propiedades de renta, beneficios por discapacidad, beneficios por desempleo) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Para pensiones, dividendos o fideicomisos, solo se requiere documentación que respalde la prueba de ingresos.

**Estados de cuenta del banco:** Los estados más recientes, que muestren todas las transacciones (depósitos y retiros) de todas las cuentas, solo son necesarios para corroborar la prueba de ingresos.

**Trabajador independiente (por cuenta propia):** El Anexo C (Schedule C), 3 meses de declaraciones de pérdidas y ganancias (PnL por sus siglas en inglés) y estados de cuenta del banco.

**Asistencia pública:** Documentación de beneficios (por ejemplo, cupones de alimentos, asistencia en efectivo, etc.).

**Seguro Social:** Carta de verificación.

**Si no tiene ingresos:** Explicación por escrito de cómo se pagan los gastos.

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

**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

Al recibir una solicitud completa y los documentos requeridos, St. Luke's pondrá todos los saldos que usted deba en espera y enviará una carta de determinación después de realizar la revisión. Las solicitudes incompletas se pausarán por 30 días a la espera de los documentos que faltan.

Si desea hablar sobre su situación financiera, comuníquese con un Patient Financial Advocate (Asesor Financiero para Pacientes) al (208) 706-6229 o envíe un correo electrónico a [pfsfincare@slhs.org](mailto:pfsfincare@slhs.org).



# St. Luke's Health System

## Solicitud de asistencia financiera

### Financial Care Application (Spanish)

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.)

<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 los detalles con respecto a los ingresos mensuales brutos (antes de las deducciones) del solicitante/cosolicitante e incluya toda la documentación de apoyo. Si el empleo es de temporada, ingrese su ingreso bruto anual (AGI por sus siglas en inglés).

Solicitante		Cosolicitante	
<b>Nombre del empleador o de la empresa:</b>		<b>Nombre del empleador o de la empresa:</b>	
<b>Fecha de contratación:</b>		<b>Fecha de contratación:</b>	
<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</b> <b>Describe:</b>	\$	<b>Ingresos de otras fuentes</b> <b>Describe:</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:** \_\_\_\_\_