



## Aplicación de Charity Care

Pág. 1 of 2

V1

\_\_\_\_\_ I.D. de Garante

\_\_\_\_\_ Núm. De Reg.Méd.

- Se requiere una solicitud por separado para cada miembro del grupo familiar que desee participar en este programa, incluidos los niños menores de edad. Se requiere solo un conjunto de documentación de respaldo por grupo familiar.
- Debe completar todas las páginas del formulario de la solicitud.
- Si necesita ayuda, llame al Hospital de St. Luke's mas cercano y solicite hablar con la Oficina de Asesores Financieros..

Apellido/Nombre:		Núm. De Seguro Social#	Fecha de Nacimiento:
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Núm. De Teléfono#	Núm. De Teléfono para Recibir Mensajes (Recordatorios Designados):	¿Tiene Seguro de Salud? <b>Sí No</b>	
¿Solicitó Pennsylvania Medicaid durante el año pasado? <b>Sí No No estoy seguro</b>	Marque una Opción con un Círculo: <b>Tengo PA Medicaid Me denegaron PA Medicaid No lo solicité</b>	Si su respuesta es Sí, indique la compañía aseguradora y el núm. De identificación del seguro:	

Es necesario para St. Luke's University Hospital Network el hacerle preguntas personales a fin de determinar si es elegible para este programa. Esta información se conservará en los archivos con estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al presentar su solicitud y, una vez al año, al renovar la misma. Se requieren copias de su declaración fiscal de ingresos federales anual, de los talones de sus cheques de nómina que abarquen el mes pasado, de las declaraciones de beneficios del seguro social o de otras fuentes de ingresos. No podemos utilizar los extractos de cuentas bancarias para este fin. Se utilizarán sus ingresos anuales y el tamaño de su grupo familiar para determinar la tarifa de visita.

Declaro que la información anterior es verdadera y doy mi permiso a St. Lukes University Hospital Network para investigar toda la información en esta solicitud.

Comprendo que:

- Mi información se conservará con estricta confidencialidad.
- Si se descubre que esta información es falsa, perderé mi elegibilidad para el programa y sere responsable de volver a pagar todo beneficio que haya recibido.
- Si cambian mis ingresos o el tamaño de mi grupo familiar, debo notificar al Departamento de Facturación tan pronto como sea posible.
- Esta solicitud se debe entregar antes de mi próxima cita o dentro de los 30 días, lo que ocurra primero, junto con los comprobantes de mis ingresos anuales, de lo contrario, esta solicitud vencerá.
- Si resulto elegible para las tarifas reducidas, pero no hago los pagos requeridos, mi cuenta se puede enviar a una empresa de cobro de deudas.
- La vigencia de esta aplicacion se puede extender o reducir a la discreción de SLUHN basado en necesidades medicas evaluadas por SLUHN.

***Por el presente, juro y testifico que toda la información anterior sobre mí es verdadera y correcta***

Firma del Paciente:	Fecha: / / 20
Firma de Padre/ Tutor Legal:	Fecha: / / 20



Aplicación de Charity Care

UNIVERSITY HEALTH NETWORK

V1

Complete la solicitud firmada para cada solicitante, incluya todos los miembros del grupo familiar y las fuentes de ingresos.

Comprobante de ingresos para cada Fuente de ingresos

Si usted tiene ingresos muy bajos o no tiene ingresos , complete la "Hoja de trabajo de Ingreso Cero" (Debe ser solicitado con el Asesor Financiero)

Si no puede proveer prueba de ingreso, complete la "Declaración de Ingresos" ( Debe ser solicitado con el Asesor Financiero)

La declaración de impuestos federales mas reciente , si presenta los impuestos

Estados de cuenta de Cheques/Ahorros/ Mercado Monetario de los últimos 3 meses para la verificación de ingresos /recursos

**Grupo Familiar :** Por favor indique todos los nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros de su hogar, incluido usted mismo.

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

Si otra persona lo reclama a usted como dependiente, su grupo familiar lo incluye a usted, a la persona que lo reclama a usted, y a cualquier otra persona que figura en su declaración de impuestos .

Si usted no paga impuestos y no se declara como dependiente de ninguna otra persona, si no presenta los impuestos y no es reclamado como dependiente por ninguna otra persona, su hogar es usted, su cónyuge e hijos si viven con usted.

**INGRESOS: Usted necesita proporcionar prueba de ingresos para cada uno de las siguientes fuentes de ingresos para cada miembros de su hogar, para ver si califica. Tenga en cuenta que no podemos aceptar estados de banco como prueba de ingresos.**

Empleado: Talonarios de pago de los ultimos 3 meses o declaracion de impuestos federales

Trabajadores por cuenta propia o Ingresos por alquiler: Usted debe proporcionar una copia de su declaración de impuestos federales más reciente.

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingresos Brutos antes de los Impuestos y las	Parentesco	Fuente de ingresos con Comprobante Adjunto
			\$____,____.____	Sí mismo	
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		
			\$____,____.____		

Al firmar a continuación, declaro que los datos y la información que se 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.

Firma del Paciente:	Fecha : / / 20
Firma de Padre /Tutor legal:	Fecha: / / 20



**Lista de Verificación  
de la Aplicación  
V1**

\_\_\_\_\_ ID de Garante  
\_\_\_\_\_ Núm. De Reg. Méd

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Consejero(a) Financiero (a): \_\_\_\_\_

Primera Revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Segunda Revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tercera Revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Articulos	Completo	Incompleto
La información no es legible. Especifique el numero de la pagina		
La pagina 1 no esta firmada o esta incompleta		
La pagina 2 no esta firmada o esta incompleta		
3 meses de recibos de sueldo		
Impuestos Federales		
Estados de cuenta bancarios de cheque/ahorros/mercado monetario para verificación de ingresos		
Ingreso por cuenta propia/ renta o planilla de impuestos		
Desempleo, SSI, Tanf, Compesación de trabajadores, Discapacidad, Manutención Infantil/Pension Alimenticia		
La persona que completa el formulario no firmó atestación		
Se revisa otra vivienda pero no se proporciona explicación		
El telefono celular esta marcado como si, pero no explicación de quien lo paga		
Breve descripción de la situación financiera no esta completa		
<b>A continuación para completar por el Consejero Financiero</b>		
<b>Identificación de la foto escaneada en Epic</b>		
<b>Targetas de seguro escaneadas en Epic</b>		
<b>Estado de la Aplicación actualizado en Epic</b>		
<b>Applicación escaneada en Epic</b>		

Esta aplicación ha sido:

\_\_\_\_\_ Aprobada a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la aplicación expira el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Negada a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Porqué :

***He resivado esta información y base la decision anterior en la información contenida en esta solicitud***

Firma del Consejero(a) Financiero :

Fecha :     /     / 20