

Médicos de St. Elizabeth
Servicios médicos de St. Elizabeth
2300 Chamber Center Dr., Suite 200
Ft. Mitchell, KY 41017
859-344-5555



Estimado Paciente Valorado,

Gracias por su interés en el programa de St. Elizabeth médicos dificultades financieras.

Por favor llene ambas páginas de la aplicación listado de todos los miembros de la familia y sus ingresos. Se debe incluir con el fin de procesar su solicitud la siguiente documentación: comprobante de ingresos, declaración de impuestos del año anterior y tres talones de pago consecutivos para cada miembro de la familia de trabajo. Si tienes una fuente de ingresos que no sean de trabajo, tales como seguridad social, desempleo, estampillas de comida, manutención de hijos, etc., por favor proporcione una copia de la carta indicando la cantidad de su beneficio mensual o semanal. Si no tienes ingresos, por favor adjunte una carta **notarial** detallada, explicando cómo están obteniendo alimento, vivienda, transporte, etc..

Si no se incluye la verificación de ingresos, la aplicación devolverá con una solicitud de la documentación. Si no completa su aplicación podría ser negada.

Puede presentar su aplicación por cualquiera de las siguientes maneras:

- Por correo: Los Médicos de St. Elizabeth
Attn: FHA
2300 Chamber Center Dr. Ste 200
Ft. Mitchell, KY 41017
- Correo electrónico: SEPCollections@stelizabeth.com
- Vía Fax: 859.795.5461
- En persona: Usted puede dejar en cualquiera de nuestras localidades de St. Elizabeth Médico

Se procesarán las aplicaciones una vez recibida toda la documentación solicitada. Todas las aplicaciones recibirán una notificación por correo indicando la aprobación o denegación en el programa. Muy animamos a todos los estudiantes a organizar un plan de pago en todas las cuentas en el proceso de aplicación.

Esta aplicación no se aplica a cuentas que puede recibir de St. Elizabeth Healthcare.

ESPERE AL MENOS 30 DÍAS PARA SU PROCESAMIENTO.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llamar al 859-344-5555 el lunes al jueves entre las 8:00am y 5:30pm y el viernes entre las horas de 8:00am y 4:00pm

Gracias

Médicos de St. Elizabeth
Servicios médicos de St. Elizabeth

Cuenta: _____

MÉDICOS DE ST. ELIZABETH

Paciente aplicación de servicios médicos con descuento para oficina médicos basado en
(Esta aplicación no se aplica a facturas de St. Elizabeth Healthcare.)

Nombre: _____

Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Miembro del hogar nombre	Número de cuenta	Fecha de Nacimiento	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Ingreso mensual
Paciente				
Pareja				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

Para calificar para asistencia financiera, debe estar en o por debajo de las pautas federales de pobreza siguientes:

Número de familia	Umbral de pobreza federal	125%	150%
1	\$11,880	\$14,850	\$17,820
2	\$16,020	\$20,025	\$24,030
3	\$20,160	\$25,200	\$30,240
4	\$24,300	\$30,375	\$36,450
5	\$28,440	\$35,550	\$42,660
6	\$32,580	\$40,725	\$48,870
7	\$36,730	\$45,913	\$55,095
8	\$48,890	\$51,113	\$61,335
Cada persona adicional Agregar	\$4,140	\$5,175	\$6,210
Ingreso por debajo por encima de cantidad			
Descuento de honorarios por	75%	65%	50%

2.12.16 actualizados

Testifico que la información es actual y exacta.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Para oficina uso — no por debajo de esta línea completa

Aprobado: _____ de último minuto en porcentaje para que el paciente tiene derecho: **50% 65% 75%**

Negado: _____ razón negada: _____

St Elizabeth Médicos autorizando firma: _____

Fecha: _____

Médicos de St. Elizabeth
 Servicios Médicos de St. Elizabeth
 2300 Chamber Center Dr. Ste 200
 Ft. Mitchell, KY 41017
 Teléfono: 859-344-5555
 Fax: 859-795-5461
 Correo electrónico: SEPCollections@stelizabeth.com



Paciente: _____
 La SEP Cuenta #: _____

Fecha: _____
 SEPS Cuenta #: _____

Gracias por tu interés en nuestro programa de dificultades financieras. Por favor responda las siguientes preguntas a continuación y retorno utilizando el sobre adjunto. Proporcione copias de la documentación solicitada **para todos los miembros de la casa**. Si no se incluye la documentación específica no podremos procesar su aplicación.

Por favor responda las siguientes preguntas, si responder sí proporcione los documentos con su aplicación.

<u>Sí/No</u>	<u>Pregunta</u>	<u>En caso afirmativo, documentos requeridos</u>
	Declare impuestos	Declaración de impuestos federales más reciente
	Se emplea en la página de inicio	3 últimos recibos de sueldo consecutivos por persona
	Usted recibe Seguridad Social	Carta mensual de benéfico
	Recibes discapacidad	Carta mensual de benéfico
	Usted recibe estampillas de comida	Carta de determinación
	Recibes manutención del niño	Documentación de la cantidad pedida
	Recibes desempleo	Carta de benéfico
	Usted recibe ingresos de la pensión de jubilación	Estado de cuenta mensual de la carta o el Banco
	Es usted autónomo	2 informe de ingresos y gastos del mes
	Tienes algún ingreso no mencionado	Documentación para apoyar
	Reclaman ingreso \$0	Carta notariada explicando como obtener comida y vivienda
	Es usted un residente de hogar de ancianos	Estado de cuenta mensual

Por favor proporcione que la siguiente información basados en promedio ingresos en los últimos 12 meses.

<u>Origen y el ingreso familiar mensual</u>			
	<u>Paciente</u>	<u>Pareja</u>	<u>Dependientes</u>
Salario mensual (bruto)	\$	\$	\$
Prestaciones por desempleo	\$	\$	\$
Seguridad social	\$	\$	\$
Compensación al trabajador	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Discapacidad de corto y largo plazo	\$	\$	\$
Pensión de jubilación	\$	\$	\$
Trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
Ingreso familiar total	\$		

Otra información le gustaría proporcionar: _____

Tenga en cuenta documentación es requerida de todos los miembros del hogar. Proporcionar la documentación necesaria, puede ocasionar un retraso en conseguir la aplicación tratada o una negación.