



St. Elizabeth Physicians
1360 Dolwick Dr., Ste. 200
Erlanger, KY 41018
859-344-5555

Querido Valorado Paciente

Gracias por su interés en la St. Elizabeth Médico Programa de dificultades.

Por favor complete la solicitud adjunta a esta carta enumerando a todos los Familia y sus ingresos. "Familia" incluirá cualquier dependiente reclamado para propósitos de impuestos federales. Se debe incluir la siguiente documentación para procesar su solicitud: Copies (no enviar originales) de comprobante de ingresos que incluye su declaración de impuestos del año anterior y sus tres talones de pago más recientes. Si tiene una fuente de ingresos que no sea el empleo, como la seguridad social, desempleo, cupones de alimentos, manutención de niños, etc., por favor envíe una copia de la carta de premio indicando su monto de beneficio mensual o semanal. Mef usted no tiene ingresos, por favor adjunte un detalle, Notariada carta explicando cómo está obteniendo alimentos, vivienda, transporte, etc.

Si no se incluye la verificación de ingresos, su solicitud será devuelta con una solicitud de documentación.

Puede enviar su solicitud por cualquiera de las siguientes maneras:

- Por correo: St. Elizabeth Physicians
Attn: FHA
1360 Dolwick Dr., Ste. 200
Erlanger, KY 41018
- Por correo electrónico: SEPCollections@stelizabeth.com
- Vía fax: 859.795.5461
- En persona: Usted puede dejar en cualquiera de nuestras ubicaciones médicas de St. Elizabeth

Las solicitudes serán procesadas al recibir toda la documentación solicitada. Todos los solicitantes recibirán una notificación por correo indicando aprobación o negación en el programa.

Esta solicitud no se aplica a las facturas que usted puede recibir de St. Elizabeth Healthcare.

POR FAVOR PERMITA POR LO MENOS 30 DÍAS PARA EL PROCESAMIENTO.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame 859-344-5555 de lunes a Jueves entre las horas de 8:00 a.m. y 5:30 P.m. y el viernes entre las horas de 8:00 a.m. y 4:00 p.m.

Gracias

St. Elizabeth Physicians

Cuenta: _____

MÉDICOS DE ST. ELIZABETH

Solicitud de paciente para servicios médicos con
descuento Para Médicos basados en oficinas

(Esta solicitud no se aplica a las facturas de St. Elizabeth Healthcare.)

Nombre: _____

Ssn: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____

Nombre de miembro de la	Número de cuenta	Dob	Ssn	Ingresos
Paciente				
Cónyuge				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

Para calificar para asistencia financiera, usted debe estar en o por debajo de las pautas federales de pobreza que se enumeran a continuación:

Número en familia	Umbral federal de pobreza	150%	200%
1	\$12.490	\$18.735	\$24.980
2	\$16.910	\$25.365	\$33.820
3	\$21.330	\$31.995	\$42.660
4	\$25.750	\$38.625	\$51.500
5	\$30.170	\$45.255	\$60.340
6	\$34.590	\$51.855	\$69.180
7	\$39.010	\$58.515	\$78,020
8	\$43.430	\$65.145	\$86.860
Cada persona adicional Añadir	\$4.420	\$6.630	\$8.840
Ingresos por debajo de la cantidad			
Tarifas de descuento por	75%	65%	50%

Actualizado 01.25.19

Atestisto que la información antedicha es actual y exacta.

Paciente Firma: _____

Fecha: _____

Para el uso de la oficina solamente — no COMPLETE debajo de esta línea

Aprobado: _____

Porcentaje de descuento para el cual el paciente es Titulado: **50%** **65%** **75%**

Negó: _____

Razón Negó: _____

St. Elizabeth Physicians ' Autorizar Firma: _____ Fecha: _____

Recibido: _____

St. Elizabeth Physicians
 1360 Dolwick Dr. ste. 200
 Erlanger, KY 41018
 Teléfono: 859-344-5555
 Fax: 859-795-5461
 Correo electrónico: SEPCollections@stelizabeth.com



Fecha: _____

Cuenta #: _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas a continuación, si contesta sí por favor proporcione los documentos requeridos con su solicitud. Por favor proporcione copias de la documentación solicitada **para todos los miembros de la familia**. "Familia" incluirá cualquier dependiente reclamado para propósitos de impuestos federales. Si la documentación específica no es Incluido no podremos procesar su solicitud.

Sí/No	Pregunta	En caso afirmativo, documentos requeridos
	¿Usted archiva los impuestos	Declaración de impuestos federales más reciente
	¿Hay alguien en el hogar empleado	3 talones de sueldo consecutivos más recientes por persona
	¿Recibe el seguro social	Carta de beneficios mensuales
	¿Recibe discapacidad	Carta de beneficios mensuales
	¿Recibe estampillas de comida	Carta de determinación
	¿Recibe manutención de menores	Documentación de la cantidad pedida
	¿Recibes desempleo	Carta de beneficios
	¿Recibe ingresos por jubilación/pensión	Carta de beneficios mensuales o extracto bancario
	¿Es usted autónomo?	Informe de ingresos/gastos de 2 meses
	¿Tiene algún ingreso no mencionado	Documentación a apoyar
	¿Está reclamando \$0 ingresos	Carta notariada explicando cómo se obtiene la comida y la
	¿Es usted residente de la residencia de	Estado de cuenta mensual

Por favor proporcione la siguiente información basada en ingresos medios en los últimos 12 meses.

Ingreso familiar mensual y fuente			
	Pacient	Cónyug	Dependientes
Mosexto salario (bruto)	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo	\$	\$	\$
Seguridad social	\$	\$	\$
Compensación del trabajador	\$	\$	\$
Manutención de menores	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Incapacidad a corto/largo plazo	\$	\$	\$
Jubilación/pensión	\$	\$	\$
Autoempleo	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
Ingreso familiar total	\$		

Otra información que le gustaría para proporcionar: _____

Tenga en cuenta que la documentación es necesaria para todos los miembros de la familia. La falta de proporcionar la documentación necesaria puede resultar en un retraso en la obtención de la solicitud procesada o una denegación.