



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

Estimado paciente valioso,

Gracias por su interés en el programa de dificultad médico St. Elizabeth.

Por favor complete la solicitud adjunta a esta carta enumerando a todos los miembros de la familia y sus ingresos. "Familia" incluirá cualquier dependiente reclamado con fines Tributarios federales. La siguiente documentación debe ser incluida para procesar su solicitud: **Copias (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 usted tiene una fuente de ingresos que no sea el empleo, como la seguridad social, el 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. Si no tiene ingresos, por favor complete la carta de verificación adjunta explicando Cómo está obteniendo alimentos, vivienda, transporte, etc.

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

Puede enviar su solicitud por cualquiera de las siguientes maneras:

- Por correo: St. Elizabeth Physicians  
Attn: FHA  
1360 DolwickDr., Ste. 200  
Erlanger, KY 41018
- Por correo electrónico: [SEPCollections@stelizabeth.com](mailto:SEPCollections@stelizabeth.com)
- vía Fax: 859.795.5461
- En persona: usted puede dejar en cualquiera de nuestras ubicaciones de médicos de St. Elizabeth

Las solicitudes se procesarán al recibir toda la documentación solicitada. Todos los solicitantes recibirán una notificación por correo indicando la aprobación o denegación en el programa.

Esta aplicación no se aplica a las facturas que usted puede estar recibiendo de St. Elizabeth Healthcare.

**POR FAVOR PERMITA AL MENOS 30 DÍAS PARA EL PROCESAMIENTO.**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 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: \_\_\_\_\_

## ST. ELIZABETH PHYSICIANS

Solicitud del paciente para servicios médicos con  
descuento para médicos basados en Office  
(Esta aplicación no se aplica a las facturas de St. Elizabeth Healthcare.)

Nombre: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro de la	Número de cuenta	Dob	Ssn	Ingreso mensual
Paciente				
Cónyuge				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

**Para calificar para la asistencia financiera, usted debe estar en o por debajo de las pautas federales de pobreza enumeradas 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 agrega	\$4.420	\$6.630	\$8.840
Los ingresos por encima de la cantidad			
Tarifas de descuento por	75%	65%	50%

Actualizado 01.25.19

Doy fe de que la información anterior es actual y precisa.

Firma del paciente : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Aprobado: \_\_\_\_\_ porcentaje de descuento para el cual el paciente tiene derecho: **50%**   **65%**   **75%**

Denegado: \_\_\_\_\_ razón denegada: \_\_\_\_\_

St. Elizabeth médicos ' autorización 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](mailto:SEPCollections@stelizabeth.com)



Fecha: \_\_\_\_\_

Número de cuenta : \_\_\_\_\_

Por favor conteste 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 con fines Tributarios federales. Si no se incluye documentación específica, no podremos procesar su solicitud.

Sí/no	Pregunta	En caso afirmativo, documentos requeridos
	¿Usted presentar impuestos	La 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 mensual de beneficios
	¿Recibes discapacidades	Carta mensual de beneficios
	¿Recibes cupones de comida	Carta de determinación
	¿Recibe manutención infantil	Documentación de la cantidad pedida
	¿Recibes desempleo	Carta de beneficios
	¿Recibe ingresos por jubilación/pensiones	Carta de beneficios mensuales o extracto bancario
	¿Trabaja por cuenta propia	Informe de gastos/ingresos de 2 meses
	¿Tiene algún ingreso no mencionado	Documentación para respaldar
	¿Está reclamando \$0 ingresos	Verificación de ingresos cero (adjunto)
	¿Es usted residente de enfermería	Estado de cuenta mensual

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

Ingreso familiar mensual &			
	Pacient	Cónyug	Dependientes
Salario mensual (bruto)	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo	\$	\$	\$
Seguridad social	\$	\$	\$
Compensación de Workman	\$	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Incapacidad a corto/largo plazo	\$	\$	\$
Jubilación/pensión	\$	\$	\$
El autoempleo	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos</b>	\$		

Otra información que le gustaría proporcionar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que la documentación es necesaria para todos los miembros de la familia. El hecho de no proporcionar la documentación necesaria puede dar lugar a un retraso en la

obtención de la solicitud procesada o una denegación.

Verificación de ingresos cero



Confirmando:

1. Mi lugar de dirección es \_ \_ \_ \_ \_.

2. Yo soy (por favor marque uno) **soltero casado separados divorciados**.

3. Reclamo a los siguientes dependientes (nombres y DOB):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. He estado en paro desde \_\_\_\_\_.

5. Actualmente no tengo ingresos de ningún tipo, incluyendo salario, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguridad social, compensación a los trabajadores, pagos por incapacidad, ingresos por desempleo, ingresos de negocios, rentas y regalías, herencia, beneficios de huelga, ingresos por pensión alimenticia y pagos recibidos del estado por tutela legal o custodia.

6. Me Actualmente estoy obteniendo alimentos y vivienda a través de los siguientes sgeneratriz

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente Slas \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_