



### **Apoyo al Paciente de St. John's Health Foundation: Asistencia Financiera**

St. John's Health Foundation ofrece apoyo a los pacientes a solicitantes calificados que buscan asistencia financiera para su atención en St. John's Health.

#### **Criterios de Elegibilidad**

- Completar la solicitud del fondo de apoyo al paciente.
- Los solicitantes deben ser pacientes de St John's Health.
- Las solicitudes sólo se considerarán para el año calendario en curso.
- Los gastos por servicios recibidos son subvencionables en las condiciones de la solicitud presentada en el mismo año natural.

#### **Gastos Cubiertos**

- Facturación relacionada con la atención recibida en St John's Health.

#### **Proceso de Solicitud y Cronograma**

- La elegibilidad para la financiación se determina mediante una verificación de crédito suave de PayNav, con referencia cruzada con las Pautas federales de pobreza. Estos recursos asignan una tasa de apoyo para cada solicitante.
- Un miembro del personal de Asistencia al Paciente de St. John's enviará una notificación de elegibilidad por correo electrónico o por teléfono.
- El procesamiento de la solicitud y/o el pago puede demorar hasta 3 semanas.

## Solicitud de Apoyo

Tenga en cuenta que se deben completar todas las secciones de esta solicitud. Si alguna sección se deja en blanco, no podremos considerar su solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro

Circule todos los tipos de cobertura que tiene: Medicaid / Medicare / Empleador/  
Mercado/Discapacidad / Pago por cuenta propia / Ninguna / Otra

## Otros datos personales

Estado civil: Casado / Soltero / Divorciado / Conviviendo con su pareja / Hogar compartido/  
Otro

Número de dependientes: \_\_\_\_\_ Edades de los dependientes: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual del Hogar \$ \_\_\_\_\_

## Solicitud de soporte

Por favor enumere los encuentros:

---

---

---

¿Alguna vez ha recibido fondos de St. John's Health Foundation? Sí/No

Entiendo que mi firma en esta solicitud es mi testimonio de que toda la información incluida es verdadera y precisa. También acepto renunciar a mis derechos de privacidad como paciente para permitir que la información de esta solicitud se comparta con mis proveedores y las personas necesarias para procesar la solicitud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Devuelva su solicitud completa a FinancialAssistance@stjohns.health, Fax# 307-739-7549, o por correo: A la atención de: St. John's Patient Financial Services PO Box 428 Jackson, WY 83001. Si tiene preguntas, llame al # 307-739- 4848.