



## Solicitud de Ayuda Económica

Estimado solicitante,

Nos sentimos honrados de poder ofrecer este programa de Asistencia Financiera para Pacientes y agradecemos la oportunidad de ayudarles. El siguiente formulario será utilizado como su solicitud y si la solicitud está incompleta, no será procesada. Las aplicaciones son sensibles al tiempo, y aplicaciones incompletas pueden hacer que su cuenta no sea elegible para asistencia financiera. Por lo tanto, usted debe entregar su solicitud lo más pronto posible. Como parte del proceso, haremos una verificación de crédito. Podemos pedir documentos adicionales como, por ejemplo, los impuestos, talón de cheques, más estados de cuenta bancarios y otra información.

La base de la asistencia financiera es tener la verdad y la información exacta del solicitante y/o la persona responsable. Solicitantes y/o las personas responsables que intencionalmente den información incorrecta serán automáticamente descalificados para cualquier ayuda de los programas de asistencia financiera de St. John's Health.

- ☐ Llenar la solicitud para asistencia financiera en su totalidad – Firmar y Fechar.
- ☐ Incluya estados de cuenta bancarios (los últimos 60 días, incluyendo cuentas de ahorros)
- ☐ Incluya verificación de ingresos, (W2 del año actual, declaración de impuestos del año actual, o los últimos 2 talones de cheques actuales)
- ☐ Incluya una Carta de Dificultad (Explique su situación)
- ☐ Sin seguro médico: Incluya la carta de Negación de Medicaid
- ☐ Sin seguro médico: Incluya una carta de su empleador acerca de las opciones disponibles de seguro médico.
- ☐ Presentar la solicitud por medio de uno de los siguientes métodos

Correo electrónico:

[financialassistance@stjohns.health](mailto:financialassistance@stjohns.health)

Correo Postal:

SJH Patient Assistance Team  
P.O. Box 428  
Jackson, WY 83001

Fax:

307-739-7549

Si necesita ayuda para completar el formulario o para cualquier pregunta adicional que puede tener, por favor póngase en contacto con nuestra oficina a 307-739-4848.

Muchas Gracias,

El Comité de Asistencia Financiera para Pacientes.

## SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

### PASO 1: Complete la siguiente información: (Se deben responder todas las preguntas)

Nombre del paciente:	Número de seguro social:
Dirección:	Fecha de nacimiento:
Ciudad, estado, código postal:	Número de historia clínica (hospital): Número de historia clínica (consultorio del médico):
Teléfono:	Correo electrónico:
Estado civil: (encierre en un círculo)                      Soltero           Casado           Divorciado           Separado           Viudo	

### PASO 2: Complete toda la información sobre los ingresos/activos: Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada a este formulario.

Familiares: Incluye a uno mismo, cónyuge e hijos menores de 18 años	Edad	Relación con el solicitante	Ingreso anual	Nombre de los empleadores

Si está desempleado, indique la fecha de finalización del empleo:	¿Ha solicitado el seguro de desempleo? <span style="float: right;">Sí No</span>
Si no cuenta con un ingreso, ¿ha solicitado beneficios por incapacidad? <span style="float: right;">Sí No</span>	¿Prevé solicitar beneficios por incapacidad? <span style="float: right;">Sí No</span>

¿Alguna de las personas que viven en su hogar recibe alguno de los siguientes tipos de ayuda?

		Cantidad
Medicaid/SSI	Sí No	\$
Vivienda	Sí No	\$
Manutención de menores	Sí No	\$
Ayuda general	Sí No	\$
Pensión alimenticia	Sí No	\$

(Proporcione pruebas de los beneficios)

#### Saldos de cuentas contables

		Saldo
Cuentas de cheques	Sí No	\$
Nombre del banco:		\$
Cuentas de ahorros	Sí No	\$
Nombre del banco:		\$
Acciones, bonos, cuentas a plazo fijo, etc.	Sí No	\$
Nombre del banco:		\$

#### Gastos mensuales

#### Pago mensual

Bienes raíces	Sí No	\$
Renta	Sí No	\$
Pagos del automóvil	Sí No	\$
Préstamos estudiantiles	Sí No	\$
Vehículos recreativos	Sí No	\$

#### Gastos mensuales

#### Pago mensual

Manutención de menores	Sí No	\$
Seguro médico	Sí No	\$
Otro:		\$
Otro:		\$
Otro:		\$

**Declaración:** A mi leal saber y entender, la información que se proporciona arriba está completa, es precisa y verdadera. Autorizo la entrega de toda la información que St. John's Health pueda necesitar para determinar si soy apto para la ayuda económica a través del programa de atención a indigentes del hospital, cualquier programa de asistencia para fármacos patrocinado por el fabricante de un fármaco o cualquier otro programa de asistencia médica con fondos estatales o federales, incluida la verificación de mi sueldo o salario, el saldo de cualquier cuenta bancaria que tenga, el valor en efectivo de cualquier póliza de seguro de vida, las acciones o bonos que posea, así como el valor de cualquier bien inmueble o personal que posea o que compre. Si se me deriva a un programa de asistencia médica con fondos federales o estatales, autorizo a St. John's Medical Center a entregar y obtener toda la información necesaria para determinar la aptitud para ese financiamiento. Entiendo que se revisará mi informe de crédito. Entiendo que solicitar la ayuda no garantiza la aprobación. Entiendo que el programa de asistencia de SJH no tiene valor en efectivo.

#### Firma requerida

Firma del solicitante	Fecha:
Firma del cónyuge	Fecha: