



Estimado Paciente:

El hospital Saint Luke's esta dedicado a ayudar a nuestros pacientes. Estamos entendiendo que esta necesitando ayuda financiera con su(s) cuenta(s). Adjunto esta el Estado de Posición Financiera para que lo llene. **Es importante de que nos proporcione toda la información requerida. Por favor devuelva los documentos que se indican abajo:**

Estado de Posición Financiera (completamente llenado y firmado)

La devolución del Impuesto al Ingreso (Income Tax Return) del ano mas reciente (una copia firmada y copia de todos los documentos anexos)

Estados de cuenta bancarios por los dos ultimos meses.

Otro: _____

La decisión de proporcionar ayuda financiera es basada en el ingreso y situaciones especiales que afecten su status economico. Por favor sea especifico cuando complete la parte I del Estado de Pocision Financiera. Cualquier otra información que sea proporcionada sera considerada al tomar una decisión.

Por favor devuelva su aplicación completamente llena en un plazo de 14 dias a:

Regresal para el dia _____

Patient Accounts Department
Saint Luke's Hospital
P.O. Box 119000
Kansas City, MO 64171-9960

Despues de revisar su situación financiera, nosotros le notificaremos nuestra decision. Si tiene alguna pregunta referente a esta aplicación, por favor llame. Se le atendera con mucho gusto.

Gracias,

Patient Accounts
816-932-5678
888-581-9401 (toll free)

4401 Wornall Road, Kansas City, MO 64111 • Phone (816) 932-2000

Not a Part of the Permanent Medical Record



Saint Luke's Health System

Statement of Financial Position

Numero de Cuenta _____

PARTE A - Paciente

Nombre Completo de Paciente _____ Numero de Seguro Social _____

Direccion (Numero y calle, estado, codigo postal) _____ Numero de telefono () _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)
Nombre & Direccion de Empleador _____ Nuero de telephone del Empleador () _____

Ocupacion _____ Cuanto tiempo tiene trabajando alli? _____ Sueldo Global mensual _____

Si no tiene empleo ahora, escriba el Nombre & direccion del ultimo empleador _____ Ocupacion _____

Banco del Paciente (Nombre y Direccion de la Sucursal) _____
Cuenta corriente: Balance \$ _____
Cuenta de ahorros: Balance \$ _____

PARTE B - INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE (Si la parte responsable es el paciente, pase a la Parte C y continue

Nombre Completo de la Persona Responsable por la Cuenta _____ Relacion con el Paciente _____

Direccion (Numero y calle, estado, codigo postal) _____ Numero de telefono () _____

Nombre & Direccion de Empleador _____ Nuero de telefono del Empleador () _____

Ocupacion _____ Cuanto tiempo tiene trabajando alli? _____ Sueldo Global mensual _____

Si no tiene empleo ahora, escriba el Nombre & direccion del ultimo empleador _____ Ocupacion _____

Banco de la parte Responsable (Nombre y Direccion de la Sucursal) _____
Cuenta corriente: Balance \$ _____
Cuenta de ahorros: Balance \$ _____

PARTE C - ACTIVOS DE PACIENTE Y DE LA PARTE RESPONSABLE

Infomacion de Vivienda Posee su propia casa Rent
 Si es propia, cuanto vale la casa y-o la tierra Valor \$ _____ Balance del Prestamo \$ _____
 Otra propiedad (tierra, edificio, etcetera) Valor \$ _____ Balance del Prestamo \$ _____
 Acciones/Bonos Valor \$ _____
 Certificado de Depositos Valor \$ _____
 Fondo de retiro/Cuenta de Retiro Individual Valor \$ _____
 Otro (algo mas) Valor \$ _____

PARTE D - (SOLO PARA INFORMACION) LA RESIDENCIA NO ES UN REQUISITO PARA RECIBIR LA ASISTENCIA.

Ha sido usted un residente del area de Kansas City por los 3 anos anteriores?
 SI NO

PARTE E - DEPENDIENTES

Dependientes viviendo con y dependiendo de usted
Nombre _____ Relacion _____ Edad _____

Saint Luke's Health System

Statement of Financial Position

PARTE F – INGRESOS MENSUALES Y GASTO MENSUALES

Ingresos totales de todas las personas que viven en la vivienda \$ _____ Paciente/Parte Responsable \$ _____ Sueldo de padre o madres/sueldo de esposo(a) \$ _____ Beneficios de Seguro Social \$ _____ Pension de Jubilacion \$ _____ Beneficios de Incapacidad \$ _____ Asistencia Estatal \$ _____ Cupones para Comida \$ _____ Asistencia financiera de divorcio/para sostener a niños \$ _____ Ingresos de Alquilar (rentar) \$ _____ Ingresos de Negocio(s) \$ _____ Prestamos Escolares, becas, devolucion de cuotas escolares \$ _____ Compensacion por desempleo \$ _____ Otros \$ _____ INGRESOS MENSUALES TOTALES	Gastos totales de todas las personas que viven en la vivienda \$ _____ Pago por Casa / o Alquiler \$ _____ Utilidades Mensuales / Telefono \$ _____ Prima (pago) Mensual pro Seguro \$ _____ Pago por Auto \$ _____ Cable or Satellite \$ _____ Servicio de Internet \$ _____ Comida \$ _____ Pago Mensuales Medicos (Liste con detalles en la Parte H) \$ _____ Pagos por Tarjetas de credito \$ _____ Pagos por Prestamos (Liste con detalles en la Parte G) \$ _____ Cuidado de Niños \$ _____ Manutencion \$ _____ Otra (Describa) \$ _____ GASTOS MENSUALES
--	--

PARTE G – OBLIGACION FINANCIERA

Obligacion Financiera (medica, cuentas de tarjetas de credito, prestamos). Por favor liste todos los gastos relacionados a rayos x, aseguranza medica, recibos de hospital, etc.)

Nombre	Balance Pendiente por Pagar	Pago Mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARTE H – SITUACIONES ESPECIALES

Situaciones especiales no listadas previamente que afectan su estado financiero economico

PARTE I – ADJUNTE LAS COPIAS DE LA INFOMACION SIGUIENTE

1. La forma (firmada) del ano anterior de la Devolucion de Impuestos Sobre Ingresos . (Devolucion Completa inclusive la planillas.)
2. Los estados bancarios per los 2 ultimos meses.

Con mi firma abajo, yo certifico que la informacion de arriba es una declaracion precisa y completa de mi posicion financiera actual y le doy mi permiso para verificar esta informacion.

Firma de el Paciente/ Parte Responsable _____ **Fecha** _____