



P.O. Box 2578  
Boise, Idaho 83701

Una vez que recibamos el formulario, utilizaremos la información para determinar si usted es elegible para participar en nuestro programa de cuidado financiero o para establecer arreglos de pagos de mutuo acuerdo.

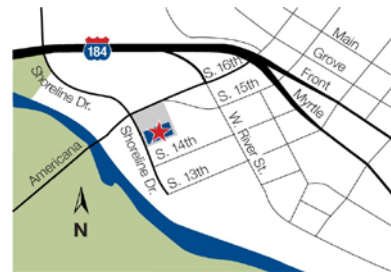
Por favor, incluya con su formulario los siguientes documentos, **(no envíe originales):**

- Una copia de la Declaración de los Impuestos Federales del año pasado.
- Una copia del talón de su cheque de pago más reciente
- Una copia de su Estado de Cuenta Bancaria de este mes.
- Una copia de su W-2.
- Si está recibiendo asistencia pública o de otro tipo, por favor provea documentación.

Por favor, envíe la información dentro de las dos próximas semanas. Si desea hablar personalmente con un representante en cuanto a su situación financiera, puede llamar al (208) 706-5618 para hacer una cita.

**Si no envía esta información, su cuenta seguirá el proceso de cobranza de St. Luke's, hasta que podamos llegar a un mutuo acuerdo de ambas partes.**

**St. Luke's Patient Financial Services está ubicado en: 1500 Shoreline Dr., Boise**



*Un mensaje acerca de nuestra Política de Privacidad*

*La ley nos obliga a informarle sobre como obtenemos y protegemos la información personal privada sobre usted, la cual nosotros adquirimos de las siguientes maneras:*

- Información que recibimos de usted a través de las solicitudes u otros formularios que usted rellena.*
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestros afiliados, u otros, tales como su historial de pagos o saldos de sus cuentas;*
- Información que hemos recibido de una agencia de reportes del consumidor; y*

***Información que obtenemos de otros durante el proceso de verificación de la información que usted nos proporcionó. Nosotros no entregamos información personal privada a nadie excepto tal y como está permitido por la ley.***



190 East Bannock Street  
Boise, ID 83712  
Attn: Financial Services

- Treasure Valley     Wood River     Magic Valley  
 St. Luke's Clinicas del medico: \_\_\_\_\_

**FINANCIAL CARE APPLICATION**  
(Spanish)  
**SOLICITUD PARA CUIDADO FINANCIERO**

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre del Responsable a Cargo:		Estado Marital:	
Dirección:		Ciudad:	
		Estado:	Código Postal:
No. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	
Empleador:		Teléfono:	Fecha de Empleo:
Dirección:		Ciudad:	
Empleo Previo		Estado:	Código Postal:
Nombre del Cónyuge:		No. de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Empleador:		Teléfono:	Fecha de Empleo:
Dependientes: (Escriba en la lista a todas las personas que viven en el hogar- si necesita más espacio, adjunte otra hoja)			
Nombre	Edad	Parentesco	

¿Ha solicitado asistencia de Medicaid y se le ha denegado?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Ha pedido ayuda a su familia?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto podría usted pagar al mes?	\$	_____		

<b>Información de Ingresos Mensuales – lo siguiente es necesario para verificación: El formulario W-2, Declaración de Impuestos de los Ingresos, talones de cheques. Si usted es empleado por sí mismo, necesita tener una declaración financiera.</b>		
FUENTE DE INGRESO	RESPONSABLE A CARGO	CÓNYUGE
Sueldo (antes de la deducción)	\$	\$
Apoyo Infantil - Adulto/Pensión	\$	\$
Incapacidad/Compensación del Trabajador	\$	\$
Jubilación	\$	\$
Ingreso del Seguro Social	\$	\$
Dividendo/Interés/Ingreso	\$	\$
Ingreso de la Renta	\$	\$
Ingreso de Propiedad/Crédito	\$	\$
Asistencia Pública	\$	\$
Cupones de Comida	\$	\$

Otros	\$	\$
Menos FICA/Estado/Impuestos Federales:	\$	\$
Menos otras Deducciones:	\$	\$
<b>INGRESO TOTAL MENSUAL:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

BIENES / RECURSOS	RESPONSABLE A CARGO	CÓNYUGE
Cuenta Corriente	\$	\$
Cuenta de Ahorro	\$	\$
Acciones/Bonos/CDs/IRA/401K/Jubilación	\$	\$
<b>TOTAL DE LOS BIENES / RECURSOS:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

¿Ha estado alguna vez en Bancarrota?  Sí  No *Sí su respuesta es "sí", escriba el año: \_\_\_\_\_ y Capítulo: \_\_\_\_\_*  
 Número del Pago, si corresponde: \_\_\_\_\_

TODA PROPIEDAD INMOBILIARIA/ VEHÍCULOS	SALDO	PAGO MENSUAL
Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada	\$	\$
Otras propiedades (lista)	\$	\$
Vehículo #1:Modelo: Año:	\$	\$
Vehículo #2:Modelo: Año:	\$	\$
Vehículo Recreacional: Modelo: Año:	\$	\$
Otros Vehículos: Modelo: Año:	\$	\$
<b>Subtotal:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

COSTO MÉDICO	SALDO	PAGO MENSUAL
Hospital (nombre):	\$	\$
Hospital (nombre):	\$	\$
Hospital (nombre):	\$	\$
St. Luke's Clinica del medico (nombre):	\$	\$
St. Luke's Clinica del medico (nombre):	\$	\$
St. Luke's Clinica del medico (nombre):	\$	\$
Médico (nombre):	\$	\$
Médico (nombre):	\$	\$
Recetas Médicas:	\$	\$
<b>Subtotal:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

Acreedores (Adjunte una lista si es necesario)	SALDO	PAGO MENSUAL
Tarjeta de Crédito	\$	\$
Tarjeta de Crédito	\$	\$
Tarjeta de Crédito	\$	\$
Tarjeta de Crédito	\$	\$
Tarjeta de Crédito	\$	\$
Prestamos de Estudiantes	\$	\$
Otros Prestamos/ Acreedores	\$	\$

Otros Prestamos/ Acreedores	\$	\$
<b>Subtotal:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

OTROS GASTOS MENSUALES	SALDO	PAGO MENSUAL
Comestibles	\$	\$
Seguro del Auto	\$	\$
Gasolina / Mantenimiento del Auto	\$	\$
Seguro de Salud (si no es deducido del sueldo)	\$	\$
Servicios: Gas para Calefacción	\$	\$
Teléfono de Casa	\$	\$
Celular	\$	\$
Agua/Cloaca/Basura	\$	\$
Electricidad	\$	\$
Cable TV	\$	\$
Internet	\$	\$
Seguro de Vida	\$	\$
Seguro del Inquilino/Propietario (si no esta incluido en la Hipoteca)	\$	\$
Apoyo Infantil y/o Guardería	\$	\$
Ropa	\$	\$
Contribuciones de Caridad	\$	\$
Otros gastos: _____	\$	\$
<b>Subtotal:</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

RESUMEN FINANCIERO MENSUAL	SALDO	PAGO MENSUAL
Ingreso Total Mensual (cónyuge incluido/a) de la página 3:	\$	
Pagos mensuales de todas las propiedades / vehículos de la página 3:	.....▶	\$
Gastos médicos mensuales de la página 3:	.....▶	\$
Pagos mensuales a los acreedores de la página 4:	.....▶	\$
Otros gastos mensuales de la página 4:	.....▶	\$
<b>GASTO MENSUAL TOTAL:</b>	.....▶	<b>\$</b>
<b>DIFERENCIA NETA:</b>	<b>\$</b>	

Si los gastos son mayores que los ingresos enumerados, por favor describa cómo paga los gastos cada mes:

--	--

Por medio de la presente declaro que la información que he otorgado es completa y verdadera. Autorizo al hospital para que verifique dicha información e incluso solicitar un reporte del Departamento de Crédito cuando sea necesario. Entiendo que si alguna parte de esta información se determina falsa o engañosa se me puede negar la consideración especial financiera y seré responsable por cualquiera de los cargos incurridos por los servicios rendidos.

\_\_\_\_\_

Responsable a Cargo

\_\_\_\_\_

Fecha

*For PFS Use Only: Guarantor Number(s):*

*Patient Name:*