



## **Carta de presentación de asistencia financiera**

Gracias por elegir St. Tammany Health System para sus necesidades de atención médica. Brindamos el mejor servicio al cliente posible a nuestros pacientes y familias.

Se adjunta una solicitud de asistencia financiera para su finalización. La información que proporcione se utilizará para determinar si califica para algún tipo de asistencia financiera con los saldos de la cuenta adeudados a St. Tammany Health System.

Es muy importante que complete todas las secciones de la solicitud. Una solicitud incompleta puede perder nuestra consideración de asistencia potencial. Ingrese "ninguno" o "no aplicable" en cualquier espacio en blanco que no se aplique a usted.

Además de completar la solicitud, adjunte copias (no originales) de lo siguiente.

- Declaración de impuestos federales firmada más reciente (si no presentó impuestos, indique por qué).
- Talones de cheques de pago de los últimos 60 días (si está casado, también se requiere documentación de ingresos de los cónyuges).
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses: cheques y ahorros (todas las páginas).
- Si está jubilado o discapacitado, el formulario SAS – 1099 del Seguro Social más reciente.
- Si ha solicitado y se le ha negado Medicaid y/o SSI, incluya una carta de denegación.
- Carta de dificultades.

Esta solicitud completa y toda la información solicitada deben devolverse dentro de los 30 días posteriores a la recepción a STHS, Attn: PACS, 1202 S. Tyler St., Covington, La 70433. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, no dude en contactarnos al (985) 898-4451. Gracias por su pronta atención y respuesta.

Sinceramente

**Servicios financieros para pacientes  
Sistema de salud de St Tammany**

## Solicitud de asistencia financiera

### Solicitud personal del garante

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| <b>Nombre:</b>                                     |  |                            |  |
| <b>Dirección:</b>                                  |  |                            |  |
| <b>Teléfono: Celular/Hogar</b>                     |  | <b>Trabajo:</b>            |  |
| <b>Dirección de correo electrónico del garante</b> |  |                            |  |
| <b>Fecha de nacimiento</b>                         |  | <b>Estado civil</b>        |  |
| <b>Empleador</b>                                   |  | <b>Ocupación</b>           |  |
| <b>Nombre del cónyuge/tutor legal</b>              |  | <b>Fecha de nacimiento</b> |  |
| <b>Empleador del cónyuge</b>                       |  | <b>Ocupación</b>           |  |
|  |  |                            |  |

### Información del paciente (si no es garante)

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Nombre:</b>                                    |  | <b>Relación con el paciente</b> |  |
| <b>Dirección (si es diferente a la anterior):</b> |  | <b>Fecha de nacimiento</b>      |  |
| <b>Teléfono: Celular/Hogar</b>                    |  | <b>Trabajo:</b>                 |  |
| <b>Dirección de correo electrónico</b>            |  |                                 |  |

Si actualmente no puede trabajar debido a condiciones médicas, ¿cuándo regresará? \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿SSI? \_\_\_\_\_

Nota: si se le negó Medicaid o SSI, adjunte una carta de denegación a esta solicitud.

Dependientes (según lo definido por las reglas del IRS).

| Nombre | Relación | Edad |
|--------|----------|------|
| 1.     |          |      |
| 2.     |          |      |
| 3.     |          |      |
| 4.     |          |      |
| 5.     |          |      |

## **Estado financiero**

### **Ingresos del hogar**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Sueldo, Salarios             |  |
| Seguridad social             |  |
| Otros ingresos de jubilación |  |
| Discapacidad                 |  |
| Ingresos de veteranos        |  |
| Ingresos por inversiones     |  |
| Ingresos por desempleo       |  |
| Ingresos por alquiler        |  |
| Otros ingresos (describir)   |  |
| Ingreso mensual total        |  |

### **Solo para solicitud por dificultades económicas**

#### **Gastos mensuales**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Alquiler/Hipoteca   |  |
| Tarjetas de crédito |  |
| Teléfono            |  |
| Electricidad y gas  |  |
| Agua                |  |
| Pago automático     |  |
| Seguro              |  |
| Otro (describir)    |  |
| Gasto mensual total |  |

**Nota: La documentación adjunta debe respaldar la información proporcionada.**

Certifico que la información de esta solicitud es completa y precisa.

---

Firma

Fecha



Devuelva esta solicitud completa utilizando uno de los siguientes métodos:

- **Correo electrónico:** [patientcustomerservice@stph.org](mailto:patientcustomerservice@stph.org) Fax: 985-898-4358
- **Entrega en mano:** Oficina del cajero en el vestíbulo principal del hospital
- **Correo de EE. UU.:** STHS A la atención de: PACS 1202 S. Tyler Street Covington, LA 70433