

If you would like to apply for assistance for your medical bill, please complete the appropriate application. Completion of this application could result in free medical treatment or a drastically reduce patient financial responsibility for your medical treatment.

Complete all requested information and if the question does not apply to you, please indicate by entering N/A in the blank.

Verification is needed to complete the application process. Please review the list below and supply the applicable required documentation that applies to you, with your completed application.

Items you may be required to produce are:

- Complete previous year's federal tax return with W2's and al schedules
- Social Security statement (yearly or eligibility)
- SSI benefits statement
- Pension/retirement statement for the last 90 days
- Pay stubs for the last 90 days
- VA benefits statements for the last 90 days
- Unemployment benefits statement for the last 90 days
- Proof of alimony or child support received or paid in the last 90 days
- In the prior year if you did not have an income, complete the statement of support on the application (top of page 4)
- Food stamp approval letter
- State Medicaid denial

Thank you for choosing St. Luke's Hospital.


Financial Assistance Application
Aplicacion Para Asistencia Financiera
4FAPP

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their SLH hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety.

El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de Asesoría Financiera la información necesaria para determinar si el paciente califica para la ayuda financiera con su(s) factura(s) del hospital SLH. Para asegurar una evaluación completa y exhaustiva, por favor, llene este formulario en su totalidad.

Patient Demographics <i>Datos Demográficos del Paciente</i>				
Patient's Full Name <i>Nombre Completo del Paciente</i>		Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Social Security# <i>Nº de Seguro Social</i>	Marital Status <i>Estado Civil</i>
Physical Address <i>Dirección de Correos</i>		City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>	Months/Yrs at This Address <i>Meses/Años en esta dirección</i>	County <i>Condado</i>
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below <i>Si la dirección donde usted vive es diferente de su dirección de correo, por favor complete la información de la 'dirección de correo' abajo</i>				
Mailing Address <i>Dirección de Correos</i>		City, State and Zip Code <i>Ciudad, Estado y Código Postal</i>	Months/Yrs at This Address <i>Meses/Años en esta dirección</i>	County <i>Condado</i>
Home Phone# <i>Nº de Teléfono del Hogar</i>	Mobile Phone# <i>Nº de Teléfono Móvil</i>	Emergency Contact Name <i>Nombre de Contacto en el Caso de una Emergencia</i>		Phone# <i>Nº de Teléfono</i>
City and State of Birth <i>Ciudad y Estado de Nacimiento</i>		Citizenship Status <i>estatus de ciudadanía</i>	Lived in U.S. Since <i>Vive en E.U. desde</i>	Copies of Your Documents? <i>¿Copias de sus Documentos?</i> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/>

Health Insurance Information <i>Información de Seguro Médico</i>				
Provider - Primary Coverage <i>Proveedor - Cobertura Primaria</i>	Policy Holder Name <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Policy# <i>Nº Póliza</i>	Group# <i>Nº de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha de Vigencia</i>
Provider - Secondary Coverage <i>Proveedor - Cobertura Secundaria</i>	Policy Holder Name <i>Nombre del Poseedor de la Póliza</i>	Policy# <i>Nº Póliza</i>	Group# <i>Nº de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha de Vigencia</i>

Please list all household members below <i>Listar miembros de Familia que viven con usted</i>						
Name <i>Nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>	SSN# <i>Número de Seguro Social</i>	Relation to Patient <i>Relación/Parentesco al Paciente</i>	Sex <i>Género</i>	Race <i>Raza</i>
1						
2						
3						

Please list all household members below (continued from page 1)

Listar miembros de Familia que viven con usted (continuación de pagina 1)

Name <i>Nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>	SSN# <i>Número de Seguro Social</i>	Relation to Patient <i>Relación/Parentesco al Paciente</i>	Sex <i>Género</i>	Race <i>Raza</i>
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

Si hay más de 7 miembros de la familia en su hogar, por favor enumere en la sección "notas" de la página 6 de este formulario

Education, Employment and Military Background <i>Educación, Empleo y Servicio Militar</i>		Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>	Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>
Education <i>Educación</i>	Highest Grade Completed in School <i>Grado más alto que haya cursado en la escuela</i>		
	Technical Skills <i>Destrezas técnicas</i>		
Current Employment <i>Empleo Actual</i>	Currently Unemployed (check box if yes) <i>Actualmente desempleado (elijá la caja si es sí)</i>	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>	<input type="checkbox"/> Fill-out 'past employment' section <i>Llene la sección 'empleo pasado'</i>
	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Work Phone# <i>Número de Teléfono del Trabajo</i>		
	Boss/Supervisor's Name <i>Nombre del Jefe/Supervisor</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora) ___ days/wk (dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes) Annual (Anuales) \$ _____	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora) ___ days/wk (dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes) Annual (Anuales) \$ _____
Past Employment <i>Empleo Pasado</i>	Company Name and Address <i>Nombre y Dirección de la Compañía</i>		
	Job Title / Type of Work Performed <i>Título del empleo / Tipo de trabajo realizado</i>		
	Dates of Employment <i>Fechas de empleo</i>		
	Income and Pay Structure <i>(Ingreso y Forma de Pago)</i>	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora) ___ days/wk (dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes) Annual (Anuales) \$ _____	___ hrs/wk (hrs/semana) \$ ___/hr (por hora) ___ days/wk (dias/semana) \$ ___/day (por día) Commission (Comisión) \$ ___/mo (al mes) Annual (Anuales) \$ _____

COBRA <i>Cobertura bajo COBRA</i>	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? <i>¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo en los pasados 60 días?</i>		<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	Did he/she receive a COBRA election notice? <i>¿Ha recibido él/ella una notificación de elección COBRA?</i>		<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	Did he/she elect COBRA coverage? <i>¿Seleccionó él/ella cobertura bajo COBRA?</i>		<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (No)	
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: <i>Si él/ella no seleccionó cobertura bajo COBRA, favor de seleccionar una:</i>		<input type="checkbox"/> premiums too expensive <i>primas muy costosas</i>	<input type="checkbox"/> new coverage <i>nueva cobertura</i>
Military Service <i>Servicio Militar</i>	Branch <i>Rama</i>	Dates Enlisted <i>Fechas Enlistado/Reclutado</i>	Rank <i>Rango</i>	Serial# <i>Número de Serie</i>

Income (3 month history) <i>Ingreso (historial de 3 meses)</i>	Patient (mother if patient is a minor) <i>Paciente (madre si el paciente es menor)</i>			Spouse (father if patient is a minor) <i>Cónyuge (padre si el paciente es menor)</i>		
	Last month <i>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>	Last month <i>Ultimo mes</i>	2 months ago <i>2 meses atrás</i>	3 months ago <i>3 meses atrás</i>
Wages <i>Salarios</i>						
Pension/Retirement <i>Pensión/Jubilación</i>						
Social Security Retirement <i>Jubilación del Seguro Social</i>						
Social Security Disability <i>Discapacidad del Seguro Social</i>						
Supplemental Security Income <i>Ingreso de Seguridad Suplementario</i>						
VA Benefits <i>Beneficios de Veteranos</i>						
Unemployment <i>Desempleo</i>						
Child Support <i>Pensión de Menores</i>						
Food Stamps <i>Estampillas de Alimentos</i>						
Other (Workfirst, etc.) <i>Otro (Workfirst, etc.)</i>						
Statement of Verification <i>Verificación de Declaración</i>	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> Yes (Si) No (No)			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? <i>¿Tiene recibos/verificación de ingreso para confirmar paga?</i> Yes (Si) No (No)		

Expenses <i>Gastos</i>	Payments for (name) <i>Pagos para (nombre)</i>	Payment Amount <i>Cantidad del Pago</i>	Paid to (name and address) <i>Pagado a (nombre y dirección)</i>
Child Support/Care <i>Cuido/Pensión de Menores</i>			
Alimony <i>Pensión Alimenticia</i>			

Statement of Support <i>Declaración de Apoyo</i>	certify that I have been unemployed for the last ____ months ____ years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship , _____
	<i>Yo certifico que he estado desempleado durante los últimos _____ meses / años. Como resultado de estar desempleado, recibo alimentos, refugio y ropa _____, relación/parentesco _____.</i>

Medical Bills <i>Facturas Médicas</i>	Does the patient have old medical bills within two years? <i>¿El paciente tiene cuentas médicas atrasadas dentro de un margen de dos años?</i>	Yes (Si) No (No)	Total Amount <i>Cantidad Total</i>
---	---	---------------------	---------------------------------------

Acknowledgement and Signatures			
I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request. <i>Por la presente certifico que la información proporcionada en esta Declaración Financiera del Paciente es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender. Por este medio autorizo al Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualesquiera de la información proporcionada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización a comunicar al Hospital cualquier información financiera que pueda solicitar.</i>			
Signature: <i>Firma</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>
Witness Signature: <i>Firma del Testigo</i>	Relationship to Patient: <i>Relación con el Paciente</i>		Date <i>Fecha</i>

For Financial Counseling Personnel <i>Para uso del departamento de Asistencia Financiera unicamente</i>			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in PFC office	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

Mail Completed Application to:
St. Luke's Hospital
Attention: Financial Counseling
101 Hospital Drive
Columbus, NC 28722