Patient Name:_____

Medical Record Number:_____

Contact Serial Number:_____

HAR#:_____

Gundersen
Palmer Lutheran
Hospital and Clinics

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Referido por: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha venc.: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____

LISTA DE COMPROBACIÓN

☐ Presentó declaración de impuestos: ☐ No ☐ Sí
Si responde sí, envíe una copia completa de las declaraciones de impuestos federales a los ingresos, incluidos todos los anexos. Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040.
No necesita presentar su formulario W2.

☐ Talón(es) de cheque de pago u otros comprobantes escritos para verificar sus ingresos de los últimos 30 días.

☐ A través de su condado, solicite Asistencia Médica (*Medical Assistance*) para cada miembro de su grupo familiar y presente una copia de **todas las páginas** de su Determinación de Asistencia Médica. Esto es obligatorio para toda persona sin seguro médico que solicite asistencia financiera. Si desea más información sobre cómo solicitar Asistencia Médica, comuníquese con un representante (según el estado donde usted resida):
Wisconsin: 1-800-362-3002 Minnesota: 1-800-657-3739 Iowa: 1-800-972-2017

☐ Adjunte una carta que explique su situación financiera actual. Si no tiene ingresos o si sus gastos superan sus ingresos, explique cómo se sustenta financieramente.

☐ Copia del estado del saldo de la hipoteca de todos sus inmuebles y las facturas del impuesto a la propiedad.

☐ Copia de otras verificaciones, como estados bancarios, estados del plan 401K, etc. Si usted es trabajador independiente, envíe una copia de los estados de su cuenta bancaria comercial de los 60 últimos días.

☐ Si no puede trabajar a causa de alguna condición médica y aún no le han aprobado su Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), presente un comprobante escrito de que lo ha solicitado y el estado actual del trámite. Si necesita ayuda para presentar la solicitud, contacte a la oficina del Seguro Social llamando al 800-772-1213 o llame al Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de su área. También puede presentar una solicitud en el sitio web www.socialsecurity.gov

☐ Solicitud de asistencia financier debidamente llenda y firmada.

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA – INCLUYA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA)

Solicitante:

Nombre _____ Fecha de nac. _____
Apellido Primer nombre Inicial 2º

Cónyuge _____ Fecha de nac. _____
Apellido Primer nombre Inicial 2º

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Cód. postal Condado

Teléfono No. (___) _____ No. de Seg. Social
Teléfono No. (___) _____ No. de Seg. Social

(Si es casado o está separado, se necesita la información y la firma del cónyuge)

☐casado/a ☐soltero/a ☐viudo/a ☐divorciado/a ☐separado/a

Lista de dependientes que viven con usted:

Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____
Nombre _____ Edad _____ Parentesco _____

Patient Name:_____

Medical Record Number:_____

Contact Serial Number:_____

HAR#:_____

Gundersen
Palmer Lutheran
Hospital and Clinics

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información de empleo de los solicitantes

Solicitante primario
Empleador: _____
Ciudad/Estado: _____
Teléfono: _____
Fecha de contratación: _____
Ocupación: _____
Salario mensual bruto: _____

Cónyuge
Empleador: _____
Ciudad/Estado: _____
Teléfono: _____
Fecha de contratación: _____
Ocupación: _____
Salario mensual bruto: _____

Ingresos adicionales del solicitante primario

Intereses, dividendos	$ _____
Ingreso por alquileres	$ _____
Estampillas de alimentos	$ _____
Pensión alim./Manutención de hijos	$ _____
Pensión	$ _____
Indemn. por accidente de trabajo	$ _____
Desempleo	$ _____
Ingreso agríc./Cuenta propia	$ _____
Ingr. del Seguro Social/SSI	$ _____
Beneficios para veteranos	$ _____
Otros salarios	$ _____

Ingresos adicionales del solicitante secundario

Intereses, dividendos	$ _____
Ingreso por alquileres	$ _____
Estampillas de alimentos	$ _____
Pensión alim./Manutención de hijos	$ _____
Pensión	$ _____
Indemn. por accidente de trabajo	$ _____
Desempleo	$ _____
Ingreso agríc./Cuenta propia	$ _____
Ingr. del Seguro Social/SSI	$ _____
Beneficios para veteranos	$ _____
Otros salarios	$ _____

Si incluyó algún ingreso adicional, sírvase presentar una verificación por escrito de dicho ingreso correspondiente a los últimos 30 días.

Bienes

Vivienda: ☐ Alquiler $ _____ ☐ Si no paga hipoteca o alquiler, explique por qué: _____
☐ Propia

	Pagos mensuales	Valor estimado	Saldo adeudado
1ª hipoteca	$ _____	$ _____	$ _____
2ª hipoteca	$ _____	$ _____	$ _____
Otros bienes raíces	$ _____	$ _____	$ _____
Vehículos – Marca/Tipo/Año			
Auto 1 _____	$ _____	$ _____	$ _____
Auto 2 _____	$ _____	$ _____	$ _____
Recreativo _____	$ _____	$ _____	$ _____

Activos

Saldo en cta. cheques...	$ _____	Saldo en cta. ahorro...	$ _____
Acciones…	$ _____	Certif. depósito…	$ _____
Bonos…	$ _____	401K…	$ _____
IRA…	$ _____	Otros activos/HSA/FSA…	$ _____

Certifico que la información de ingresos/gastos que antecede es verdadera y correcta. Tenga presente que podemos evaluar la información que usted proporcione junto con su informe de crédito para verificar las deudas declaradas.

_____ (Firma – Solicitante)

_____ (Firma – Cónyuge)

_____ Fecha

_____ Fecha