

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) <small>(Debe enviarse dentro de los 30 días)</small>	
No. de registro médico:	
Garante No.:	
Referido por:	



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Enviar a: Gundersen Health System, Attn: CFS/NCA3-01
1900 South Ave, La Crosse, WI 54601

Nombre del solicitante <i>(primer nombre, segundo, apellido)</i>
--

Seguro médico Si lo tiene, entregue la información y copia de la tarjeta del seguro	
Nombre y dirección de la compañía de seguros:	Número de póliza:

Lugar de servicio	
<input type="checkbox"/> Gundersen Lutheran Medical Center/Clinics	<input type="checkbox"/> Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
<input type="checkbox"/> Gundersen Boscobel Area Hospital and Clinics	<input type="checkbox"/> Gundersen Tri-County Hospital and Clinics
<input type="checkbox"/> Gundersen Palmer Lutheran Hospital and Clinics	<input type="checkbox"/> Otro

Marque a continuación todas las casillas que correspondan y entregue los documentos de respaldo	
<input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid, pero no para la fecha del servicio o el servicio no está cubierto	<input type="checkbox"/> Fallecido sin dejar sucesión o herencia
<input type="checkbox"/> Sin vivienda – Explique:	<input type="checkbox"/> Encarcelado en institución penal

INSTRUCCIONES: Llene la solicitud y adjunte copias de lo siguiente	
<input type="checkbox"/> Estados de cuentas 401K/de jubilación/certif. depósito/etc.	<input type="checkbox"/> Adjunte una carta que describa su situación financiera actual
<input type="checkbox"/> Talones de cheques de pago correspondientes a 60 días por todos los ingresos reportados	<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Cartas de desempleo correspondientes a 60 días	<input type="checkbox"/> Estado de cuentas bancarias de cheques y ahorros
<input type="checkbox"/> Factura del impuesto a la propiedad	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta con saldo de la hipoteca
<input type="checkbox"/> Declaraciones actuales de impuestos federales y anexos de respaldo <small>Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040</small>	<input type="checkbox"/> Si no presentó la declaración de impuestos, explique por qué en una carta

He solicitado o solicitaré asistencia médica (Medical Assistance) federal o estatal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Si responde que no, indique la razón:
Tengo pendientes reclamos por juicio, conciliación, lesión corporal, lesión laboral o responsabilidad civil
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Preferencia de correo electrónico:	
Comprendo que el correo electrónico no cifrado no es una forma segura de comunicación y que hay cierto riesgo de que la información contenida en mis correos electrónicos se envíe a una dirección errónea, o sea accedida o interceptada por terceros no autorizados. Solicito que Gundersen Health System me comunique información relativa a esta solicitud de asistencia financiera por correo electrónico. Comprendo que puedo revocar esta solicitud en cualquier momento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:	

PACIENTE O PARTE RESPONSABLE			
Nombre <i>(primer nombre, segundo, apellido)</i>	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Cód. postal
Teléfono	Tamaño de la familia <i>(paciente, cónyuge y dependientes)</i>		Estado civil
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante	Nombre y dirección del empleador		
Fecha de contratación: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	¿Es usted dependiente en la declaración de impuestos de otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados</small>	
Desempleado: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>		

CÓNYUGE (si corresponde)		
Nombre (primer nombre, segundo, apellido)	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante	Nombre y dirección del empleador	
Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	¿Es usted dependiente en la declaración de impuestos de otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados</small>
Desempleado: (MM/DD/AAAA) Desde: _____ Hasta: _____		

DEPENDIENTES (si hay más de 4 dependientes agregue otra página)			
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Es dependiente en la declaración de impuestos
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTROS INGRESOS MENSUALES					
Otros salarios	\$	Ingreso por alquileres	\$	Pensión alimenticia o manutención de hijos	\$
Pensión	\$	Indemnización por accidente laboral	\$	Desempleo	\$
Ingresos varios	\$	Beneficios para veteranos	\$	Intereses o dividendos	\$
Discapacidad a corto o largo plazo	\$	Ingreso del Seguro Social (SSI/SSDI)		\$	\$

PROPIEDADES			
TIPO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
Vivienda principal	\$	\$	\$
2ª hipoteca	\$	\$	\$
Vivienda secundaria o vacacional	\$	\$	\$
Propiedad en alquiler	\$	\$	\$
Terreno	\$	\$	\$

AUTOMÓVIL/MOTOCICLETA/VEHÍCULOS RECREATIVOS			
TIPO/MARCA/MODELO/AÑO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

ACTIVOS			
Saldo en cuenta de cheques	\$	Saldo en cuenta de ahorros	\$
Acciones o bonos	\$	Cert. de depósito	\$
401K	\$	IRA	\$
403B	\$	Otros/HSA/FSA	\$

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información de ingresos/gastos que antecede es verdadera y correcta. Tenga presente que podemos comparar con su informe de crédito la información que usted proporcione. Comprendo que si proporciono a sabiendas información falsa en la solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, que se revertirá la asistencia financiera que me hayan otorgado y que tendré la obligación de pagar las facturas médicas.

Firma del paciente o la parte responsable	Fecha
Cónyuge (si corresponde)	Fecha