



Ascension

Saint Elizabeth's Medical Center

Adjunta encontrará una solicitud de asistencia financiera.

La asistencia financiera, motivada por la misión y los valores de Ascension Wisconsin, se encuentra disponible para los pacientes que cumplen los requisitos y no pueden pagar todos los gastos de atención médica o parte de ellos. Ascension Wisconsin ha establecido pautas de idoneidad para nuestro programa de asistencia financiera. La aprobación de la asistencia financiera se considerará para todos los pacientes que cumplan con los criterios del programa.

El programa de asistencia financiera debe ser su último recurso. Antes de que se pueda considerar la idoneidad para este programa, se deben agotar los pagos provenientes de todas las demás fuentes, como la solicitud de Medicaid u otros programas de asistencia pública.

Envíe la solicitud completa junto con la información necesaria de la lista de verificación adjunta en un plazo de 30 días. A fin de poder considerarlo para la asistencia financiera, deben proporcionarse todos los documentos enumerados en la lista de verificación.

Si no puede proporcionar la documentación solicitada, indique la(s) razón(es).

Dentro de los 45 días hábiles de haber recibido su solicitud completa, se enviará una carta de determinación para la asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a su oficina comercial local.

Atentamente,

June
Patient Accounts
651-565-5697

Envíe la solicitud por correo
a la siguiente dirección:

Saint Elizabeth's Medical Center
ATTN: Patient Accounts
1200 Grant Blvd W
Wabasha, MN 55981

OFFICE USE ONLY:

Date Received: _____

Application Processor: _____

Lista de verificación de la documentación para recibir asistencia financiera

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de cuenta _____ Número de cuenta _____

Número de cuenta _____ Número de cuenta _____

Debe enviar la siguiente información con su solicitud completa.

Adjunte una copia de su **declaración de impuestos federales y estatales más reciente**. Si no tiene una copia de sus impuestos, puede llamar al 800 829 1040 y seleccionar la opción para recibir una copia. Siga minuciosamente las instrucciones que se indican por teléfono. La copia se enviará sin cargo. ****Si no ha presentado declaraciones, complete el formulario 4506-T y envíelo junto con su solicitud de asistencia financiera.**

Adjunte una **copia** de sus formularios W2 y 1099, cronogramas y anexos para el mismo año de la declaración de impuestos de cada empleador. Adjunte una copia de sus dos últimos comprobantes de pago de cada empleador para indicar las ganancias brutas hasta la fecha. **** Si no tiene ingresos, explique cómo proporciona sus gastos de subsistencia**

Adjunte una **copia** de sus dos últimos estados de cuenta bancaria mensuales personales y comerciales para cada cuenta, incluidas todas las páginas en las que se muestren todas las transacciones.

Adjunte una **copia** de su carta de beneficios del Seguro Social.

Adjunte una **copia** de su documentación de cualquier compensación por desempleo que haya recibido en los últimos 12 meses. Puede llamar al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral al número 608.232.0678 o visitar dwd.wi.gov/ui para solicitar una declaración.

or Minnesota

Proporcione una **copia** de su carta de determinación de Medicaid de Wisconsin más reciente o comprobantes de que realizó la solicitud en el mercado de seguros médicos. Las primas deben estar pagas y al día; de lo contrario, es posible que se rechace esta solicitud.

Otro: _____

Firme y coloque la fecha en la solicitud de asistencia financiera adjunta.



Nombre del paciente _____ Fecha _____

N.º de historia clínica o fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono (con código de área) _____ Condado _____

¿Eres ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

¿Ha realizado alguna solicitud en otro Ascension Wisconsin recientemente? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Nombre de la persona responsable _____

Madre Padre Yo Otro

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (con código de área) _____ Condado _____

Nombre de los integrantes de la familia /Relación/Fecha de nacimiento _____

Información demográfica

Persona responsable

Cónyuge (si corresponde)

Número de seguro social _____ Número de seguro social _____

Empleador _____ Empleador _____

Dirección de la empresa _____ Dirección de la empresa _____

Teléfono de la empresa _____ Teléfono de la empresa _____

Ocupación _____ Ocupación _____

Antigüedad en el empleo _____ Antigüedad en el empleo _____

Salario por hora _____ Horas trabajadas _____ Salario por hora _____ Horas trabajadas _____



Con su solicitud debe proporcionar la documentación de TODOS los ingresos. Si no entrega la documentación, es posible que se rechace la asistencia financiera.

Fuentes de ingreso - Bruto mensual (sin deducción de impuestos)

Persona responsable				Cónyuge (si corresponde)			
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)	\$	_____		Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)	\$	_____	
Seguro social	\$	_____		Seguro social	\$	_____	
Asistencia pública	\$	_____		Asistencia pública	\$	_____	
Ingresos por arrendamiento	\$	_____		Ingresos por arrendamiento	\$	_____	
Jubilación/Pensión	\$	_____		Jubilación/Pensión	\$	_____	
Beneficios para veteranos de guerra	\$	_____		Beneficios para veteranos de guerra	\$	_____	
¿Es usted veterano de guerra o recibe beneficios para veteranos de guerra?		Sí	No	¿Es usted veterano de guerra o recibe beneficios para veteranos de guerra?		Sí	No
Compensación por desempleo/ Indemnización laboral	\$	_____		Compensación por desempleo/ Indemnización laboral	\$	_____	
Desde _____ Hasta _____				Desde _____ Hasta _____			
Pensión alimenticia	\$	_____		Pensión alimenticia	\$	_____	
Discapacidad	\$	_____		Discapacidad	\$	_____	
Otro	\$	_____		Otro	\$	_____	
Total	\$	_____		Total	\$	_____	

Ingreso bruto mensual combinado TOTAL \$ _____

En caso de corresponder cero o sin ingresos, explique cómo solventa los gastos de mantenimiento: _____

Bienes/Ahorros

Cuenta(s) corriente(s)	
Ubicación del banco:	Monto/Valor \$
Ubicación del banco:	Monto/Valor \$
Cuenta(s) de ahorros	
Ubicación del banco:	Monto/Valor \$
Ubicación del banco:	Monto/Valor \$