

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"/> Gundersen Moundview Hospital and Clinics

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

ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Copias de 401K/Jubilación/CD/etc. Comprobantes:	<input type="checkbox"/> Adjunte una carta que describa su situación financiera actual
<input type="checkbox"/> Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 60 días por todos los ingresos reportados	<input type="checkbox"/> Copias de beneficios de Seguro Social (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Copias de cartas de desempleo correspondientes a 60 días	<input type="checkbox"/> Copias de estado de cuentas bancarias de cheques y ahorros
<input type="checkbox"/> Copias de factura del impuesto a la propiedad	<input type="checkbox"/> Copias de estado de cuenta con saldo de la hipoteca

¿Presentó su declaración de impuestos a los ingresos? <small>Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040</small>
<input type="checkbox"/> Sí – Por favor envíe las declaraciones de impuestos a los ingresos más recientes y las planillas de respaldo.
<input type="checkbox"/> No – Explique por qué:

He solicitado o solicitaré asistencia médica (Medical Assistance) federal o estatal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – No soy ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> No – Sobre el límite de ingreso <input type="checkbox"/> No – Otra razón, ¿por qué?

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			
Por favor marque una casilla: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a			
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>		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/a	Nombre y dirección del empleador		
Fecha de contratación:	Cargo:	Frecuencia de pago:	¿Es usted dependiente en la

(MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal	declaración de impuestos de otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.
Desempleado: (MM/DD/AAAA) Desde:	Hasta:	Ingreso bruto mensual promedio: \$		SSI/SSDI mensual: \$

CÓNYUGE (si corresponde)				
Nombre (primer nombre, segundo, apellido)		No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Teléfono:
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/a		Nombre, Dirección y Número telefónico del Empleador:		
Fecha de contratación: (MM/DD/AAAA)	Cargo:	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 Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.	
Desempleado: (MM/DD/AAAA) Desde:		Hasta:		Ingreso bruto mensual promedio: \$
				SSI/SSDI mensual: \$

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

OTRO INGRESO MENSUAL (Por favor, adjunte copias de sus documentos para respaldar este ingreso)					
Otros salarios	\$	Ingreso por alquileres	\$	Pensión alimenticia o manutención de hijos	\$
Pensión	\$	Ingreso por discapacidad	\$	Desempleo	\$
Ingresos varios	\$	Beneficios para veteranos	\$	Intereses o dividendos	\$

GASTOS PRINCIPALES:			
TIPO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
Pago de alquiler	\$	\$	\$
Vivienda principal	\$	\$	\$
2. ^a hipoteca	\$	\$	\$
Vivienda/Terreno secundario o vacacional	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Nada – Explique por qué no tiene pago de alquiler o hipoteca:			

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.

LA FIRMA ES OBLIGATORIA PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD	
Firma del paciente o la parte responsable	Fecha
Cónyuge (si corresponde)	Fecha