

Solicitud de asistencia financiera

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) Debe enviarse dentro de los 30 días	
Registro médico N.º	
Garante N.º	
Referido por	

Nombre del solicitante (primer nombre, segundo, apellido)
--

SEGURO MÉDICO <i>Si lo tiene, entregue la información y copia de la tarjeta del seguro</i>	
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
<input type="checkbox"/> Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics	

MARQUE A CONTINUACIÓN TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN Y PROVEA 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 estados de cuenta de plan 401K/Jubilación/CD/etc.	<input type="checkbox"/> Adjunte una carta que describa su situación financiera
<input type="checkbox"/> Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 30 días para todos los ingresos reportados	<input type="checkbox"/> Copias de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Copias de cartas de desempleo correspondientes a 30 días	<input type="checkbox"/> Copias de estado(s) de cuenta bancaria 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 federales? Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040

Sí – Por favor envíe las declaraciones de impuestos federales a los ingresos más recientes y las planillas de respaldo.
 No – Explique por qué:

He solicitado o solicitaré asistencia médica (*Medical Assistance*) federal o estatal...

Sí
 No – No soy ciudadano
 No – Excedo el límite de ingresos
 No – Otra razón. Explique 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: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Nombre (primer nombre, segundo, apellido)		No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección	Ciudad	Estado	Cód. postal
Desde:	Hasta:	\$	\$
Número telefónico		Tamaño de la familia (Paciente, cónyuge y dependientes)	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado		Nombre y dirección del empleador	
Fecha de empleo (MM/DD/AAAA)	Puesto	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	¿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 de impuestos correspondiente a quien lo reclama a usted como dependiente.
Desempleado (MM/ DD/AAAA) Desde: _____ Hasta: _____		Ingreso bruto mensual promedio \$ _____	SSI/SSDI mensual \$ _____

OTROS INGRESOS MENSUALES*Por favor, adjunte copias de sus documentos para respaldar este ingreso*

Otros salarios	\$	Ingreso por alquileres	\$	Pensión alimenticia o manutención de hijos	\$
----------------	----	------------------------	----	--	----

CÓNYUGE*si corresponde*

Nombre (primer nombre, segundo, apellido)	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número telefónico
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado		Nombre, dirección y número telefónico del empleador	
Fecha de empleo (MM/DD/AAAA)	Puesto	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	¿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 de impuestos correspondiente a quien lo reclama a usted como dependiente
Desempleado (MM/DD/AAAA) Desde: _____ Hasta: _____		Ingreso bruto mensual promedio \$ _____	SSI/SSDI mensual \$ _____

DEPENDIENTES*Si hay más de 6 dependientes agregue otra página*

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Es dependiente en una 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
5.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

GASTOS PRINCIPALES (No se aplica a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 201 % del FPG actual)

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

AUTOMÓVIL/MOTOCICLETA/VEHÍCULOS RECREATIVOS (No se aplica a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 201 % del FPG actual)

TIPO/MARCA/MODELO/AÑO			PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
Pensión	\$	Ingreso por discapacidad	\$	Desempleo	\$
Ingresos varios	\$	Beneficios para veteranos	\$	Intereses o dividendos	\$

ACTIVOS (No se aplica a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 201 % del FPG actual)

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