

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)  
(Debe enviarse dentro de los 30 días)

No. de registro médico:

Garante No.:

Referido por:



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Email to: [financiasistance@gundersenhealth.org](mailto:financiasistance@gundersenhealth.org)

Enviar a: Gundersen Health System,  
Attn: CFS/NCA3

1900 South Ave., La Crosse, WI 54601

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

**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**

Gundersen Lutheran Medical Center/Clinics

Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics

Gundersen Boscobel Area Hospital and Clinics

Gundersen Tri-County Hospital and Clinics

Gundersen Palmer Lutheran Hospital and Clinics

Gundersen Moundview Hospital and Clinics

Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics

**MARQUE A CONTINUACIÓN TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN Y ENTREGUE LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO**

Elegible para Medicaid, pero no para la fecha del servicio o el servicio no está cubierto

Fallecido sin dejar sucesión o herencia

Sin vivienda – Explique:

Encarcelado en institución penal

**ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD**

Copias de 401K/Jubilación/CD/etc. Comprobantes:

Adjunte una carta que describa su situación financiera actual

Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 60 días por todos los ingresos reportados

Copias de beneficios de Seguro Social (si corresponde)

Copias de cartas de desempleo correspondientes a 60 días

Copias de estado de cuentas bancarias de cheques y ahorros

Copias de factura del impuesto a la propiedad

Copias de estado de cuenta con saldo de la hipoteca

¿Presentó su declaración de impuestos a los ingresos? Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040

Sí – Por favor envíe las declaraciones de impuestos 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 estadounidense  No – Sobre el límite de ingreso  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.

Sí  No

Dirección de correo electrónico:



**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:** No aplicable a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200 % de las FPG actuales

TIPO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
Pago de alquiler	\$	\$	\$
Vivienda principal	\$	\$	\$
2.ª hipoteca	\$	\$	\$
Vivienda/Terreno secundario o vacacional	\$	\$	\$

Nada – Explique por qué no tiene pago de alquiler o hipoteca:

**AUTOMÓVIL/MOTOCICLETA/VEHÍCULOS RECREATIVOS**

No aplicable a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200 % de las FPG actuales

TIPO/MARCA/MODELO/AÑO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**Activos** (Por favor, adjunte copias de sus documentos para respaldar este ingreso)

401K	\$	IRA	\$
403B	\$	Otros/HSA/FSA	\$
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

**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

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