

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

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:

PACIENTE O PARTE RESPONSABLEPor favor marque una casilla: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a 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: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	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 <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.</small>	
Desempleado: <i>(MM/DD/AAAA)</i> Desde: Hasta:		Ingreso bruto mensual promedio: \$		SSI/SSDI mensual: \$	

CÓNYUGE (si corresponde)

Nombre (<i>primer nombre, segundo, apellido</i>)		No. de Seguro Social		Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i>	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: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	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 <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.</small>	
Desempleado: <i>(MM/DD/AAAA)</i> 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: No aplicable a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 201% 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 201% 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

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