

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

Email to: financialassistance@gundersenhealth.org
 Enviar a: Gundersen Health System, Attn: CFS/NCA3-01
 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

<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 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? 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 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 (primer nombre, segundo, apellido)		No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección		Ciudad	Estado Cód. postal
Teléfono:		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/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/a		Nombre y dirección 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 <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.</small>
Desempleado: (MM/DD/AAAA) Desde: Hasta:		Ingreso bruto mensual promedio: \$	SSI/SSDI mensual: \$

ACTIVOS			
Saldo en cuenta de cheques	\$	Saldo en cuenta de ahorros	\$
Acciones o bonos	\$	Cert. de depósito	\$

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 <small>Si responde que sí, entregue la declaración impositiva correspondiente a los dependientes reclamados.</small>
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

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

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
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

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 será 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