

Solicitud de asistencia financiera

UW Health 877-278-6437
7974 UW Health Ct
Middleton, WI 53562

Nombre del solicitante <i>(Nombre, 2.º nombre, apellido)</i>	Fecha	N.º de registros médicos (Si lo conoce)
--	-------	---

A los efectos de la evaluación para el Programa de Asistencia Financiera, incluya todos los siguientes elementos, según corresponda:

- Esta solicitud, firmada y fechada
- Declaraciones de impuestos federales y anexos de respaldo (últimos años)
- Recibos de pago (últimos meses)
- Cartas de otorgamiento de beneficios (pensión, desempleo, SSI, SSDI)
- 2 estados de cuenta bancaria
- Carta que explique cómo cubre los gastos de su vida cotidiana

¿A qué organizaciones está solicitando asistencia financiera? UW HEALTH MERITER AMBAS

¿El paciente cuenta actualmente con cobertura de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura: _____
Si no tiene, ¿el paciente presentó una solicitud para recibir cobertura a través del Mercado de seguros (Healthcare.gov)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente participa en algún producto de ministerio de atención médica compartida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente opta por no participar en un programa de seguro médico financiado por el gobierno por motivos religiosos/culturales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente/la parte financieramente responsable presentó una declaración de impuestos el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿por qué? _____

Paciente/Parte financieramente responsable

Nombre <i>(Nombre, 2.º nombre, apellido)</i>	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento <i>(Mes DD, AAAA)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y personas dependientes)	Estado civil	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado		Si está desempleado, último día/mes y año en que trabajó	
Empleador	Ingresos semanales Horas/semana: Remuneración (\$)/hora:	Fecha de empleo <i>(Mes DD, AAAA)</i>	

Cónyuge/pareja

Nombre <i>(Nombre, 2.º nombre, apellido)</i>	Fecha de nacimiento <i>(Mes DD, AAAA)</i>	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado		Si está desempleado, último día/mes y año en que trabajó	
Empleador	Ingresos semanales Horas/semana: Remuneración (\$)/hora:	Fecha de empleo <i>(Mes DD, AAAA)</i>	

Personas dependientes

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento <i>(Mes DD, AAAA)</i>
1.		
2.		
3.		
4.		

Ingresos mensuales de la parte financieramente responsable y el cónyuge (si corresponde)

Paciente/Parte responsable		Cónyuge	
	Ingresos mensuales del Seguro Social		Ingresos mensuales del Seguro Social
	Fecha de solicitud de SSDI		Fecha de solicitud de SSDI
	Jubilación		Jubilación
	Desempleo		Desempleo
	Cert. de Dep./IRA		Cert. de Dep./IRA
	Retiro de 401K		Retiro de 401K
	Ingresos por alquiler/propiedad		Ingresos por alquiler/propiedad
	Otros ingresos		Otros ingresos

Otras facturas adeudadas (facturas médicas, préstamos bancarios, tarjetas de crédito, otros)

Tipo	Detallar nombre/uso de los préstamos/tarjetas de crédito	Saldo impago	Pago mensual

Otros comentarios**Certificación**

Comprendo que esta información solo se usará para la determinación de responsabilidad financiera para mis cargos de UW Health y se mantendrá confidencial. Como parte de los requisitos del programa de asistencia financiera, estoy obligado a ser evaluado en función de mi elegibilidad para Medicaid u otros programas de asistencia pública, lo que incluye, entre otros, los siguientes: BadgerCare – WI Medicaid; Personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas (Elderly, Blind, Disabled, EBD); Asistencia médica de emergencia para extranjeros (Alien Emergency Medical Assistance, AEMA); Fondo de compensación para víctimas de crímenes violentos (Victim of Violent Crime, VOVC); Discapacidad presunta/Medicaid; discapacidad/ingresos del Seguro Social (Social Security Disability/Income, SSD/SSI); Mercado de seguros de salud. Mi firma autoriza a UW Health a verificar toda la información proporcionada en este formulario.

Para firmar el documento de forma electrónica: Ir a "Herramientas" (Tools)-- > "Llenar y firmar" (Fill & Sign)

Firma del paciente/parte responsable	Fecha (Mes DD, AAAA)
Nombre de la persona que completa el formulario, si no es el paciente	Fecha (Mes DD, AAAA)