



## **SOLICITUD DEL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA**

Wheaton Franciscan Healthcare respeta la dignidad de cada persona con una preocupación especial por aquellos que tienen obstáculos para acceder a los servicios de atención médica. Tenemos un compromiso equivalente para administrar los recursos de atención médica como servicio para la comunidad entera. Por lo tanto, brindamos ayuda financiera para determinadas personas que recurren a nosotros por asistencia emergente u otra asistencia médica necesaria. Como parte de los requisitos del programa de Asistencia financiera, usted debe ser examinado por Medicaid u otros programas de asistencia pública, incluidos, entre otros, los siguientes: BadgerCare – WI Medicaid; Ancianos, Ciegos, Discapacitados (EBD); Asistencia médica de emergencia para extranjeros (AEMA); Fondo de indemnización de víctimas de crímenes violentos (VOVC); Invalidez presunta/Medicaid; Ingreso de la Seguridad Social por discapacidad (SSD/SSI); Seguro de salud del mercado.

### **Instrucciones para la solicitud del programa de Asistencia Financiera**

#### **Presente los siguientes elementos revisados:**

(Envíe copias, no se devolverán los originales)

Se necesita toda la información del solicitante y del cónyuge

- Documento de identidad del solicitante:
- Copia de su último recibo de sueldo
- Verificación del ingreso mensual de la Seguridad Social por jubilación o discapacidad.  
(Ejemplo: Resumen bancario o Carta de adjudicación)
- Verificación del ingreso por desempleo.
- Verificación de la pensión alimentaria o manutención.
- Verificación de la pensión o los beneficios de compensación a obreros.
- Verificación de los cupones de alimentos, ayuda FIP, ayuda para vivienda y calefacción.
- Los solicitantes que reciban ayuda financiera de un integrante de la familia u otra persona para los gastos de subsistencia pueden incluir una declaración por escrito de dicha persona o una declaración de apoyo con el documento de identidad de la parte que brinda el apoyo.
- Copia completa de la Declaración firmada de impuestos federales por año calendario, que incluya todas las declaraciones complementarias si usted es autónomo o posee un ingreso por renta agraria o alquiler de propiedades.
- Si no posee un seguro de salud:
  1. Una carta de su empleador o del empleador de su cónyuge, que confirme que la cobertura del seguro de salud no está disponible.
  2. Si usted rechaza el seguro de salud que ofrece su empleador o el empleador de su cónyuge, presente el costo de las primas.
- Si posee un seguro de salud:
  1. Constancia de las primas que paga por su cobertura del seguro de salud.
- Se requiere una carta de la decisión concerniente a la cobertura del seguro de salud de fondos públicos. Comuníquese con la oficina local del Departamento de servicios sociales para solicitar Medicaid/Título 19 o el Programa para personas carenciadas con necesidades médicas.

Wheaton Franciscan Healthcare presentará una respuesta por escrito al solicitante una vez recibida la solicitud completa y la información de respaldo. Esta respuesta escrita se aplicará a visitas con fecha de la primera declaración dentro del año anterior y el año siguiente desde la fecha de aprobación, por lo que es importante que complete y presente esta solicitud cuanto antes. Si su solicitud es rechazada por cualquier razón, presente su apelación dentro de los catorce (14) días corridos desde la fecha de la carta de rechazo en la Oficina del Vicepresidente de Ciclo de Ingresos, A la atención del: Comité de Apelaciones de Caridad al 100 % y Asistencia Financiera de Wheaton Franciscan Healthcare, Oficina de Servicios corporativos, 801 S. 60<sup>th</sup> Street, Suite 150, West Allis, WI 53214 destacando el motivo por el cual la solicitud debe volverse a considerar y brindando cualquier información de respaldo adicional.

**SI TIENE PREGUNTAS LLAME AL: (866) 972-4687**

Fecha: \_\_\_\_\_ Número(s) de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio del solicitante: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del solicitante: \_\_\_\_\_ N.º de . Seg. Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____

### INFORMACIÓN DE EMPLEO, INGRESOS Y SEGURO (DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS RECUADROS):

#### SOLICITANTE

¿En la actualidad tiene empleo?  Sí  No      ¿Presenta la declaración de impuestos federales?  Sí  No

¿Es trabajador autónomo?  Sí  No      ¿Posee seguro de salud?  Sí  No

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Pago mensual por el seguro de salud: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe un pago?  Semanal  Quincenal  Mensual  Sueldo por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas tiene programadas por cada período de pago?  20  40  60  80  120  Otro \_\_\_\_\_

Actual o último empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

¿En la actualidad tiene empleo?  Sí  No      ¿Presenta la declaración de impuestos federales?  Sí  No

¿Es trabajador autónomo?  Sí  No      ¿Posee seguro de salud?  Sí  No

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Pago mensual por el seguro de salud: \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe un pago?  Semanal  Quincenal  Mensual  Sueldo por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas tiene programadas por cada período de pago?  20  40  60  80  120  Otro \_\_\_\_\_

Actual o último empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### OTRAS FUENTES DE INGRESO (elija tipo y detalle importe):

Pensión alimenticia/Manutención infantil \_\_\_\_\_  Pensión anual \_\_\_\_\_

Seguridad Social \_\_\_\_\_  Compensación de obreros \_\_\_\_\_

Pensión de veteranos \_\_\_\_\_  Ingreso por alquiler \_\_\_\_\_

Indemnización por desempleo \_\_\_\_\_  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Becas escolares \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y EXACTA A MI SABER Y ENTENDER.

Autorizo a divulgar información a Wheaton Franciscan Healthcare para verificar esta declaración financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha