

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) (Debe enviarse dentro de los 30 días)	
No. de registro médico:	
Garante No.:	
Referido por:	
Nombre completo del solicitante: (nombre, 2.º nombre, apellido)	

 Solicitud de asistencia financiera al programa Enviar a: Gundersen Health System, ATTN: CFS/NCA3-01 1900 South Ave, La Crosse, WI 54601 financialassistance@gundersenhealth.org

SEGURO MÉDICO Si lo tiene, escriba la información y entregue 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 PROVEA LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO	
☐ Sin vivienda – Explique:	☐ Fallecido sin dejar sucesión o herencia
	☐ Encarcelado en institución penal

ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD	
☐ Copias de estados de cuenta de plan 401K/Jubilación/CD/etc.	☐ Adjunte una carta que describa su situación financiera
☐ Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 30 días para todos los ingresos reportados	☐ Copias de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
☐ Copias de cartas de desempleo correspondientes a 30 días	☐ Copias de estado(s) de cuenta bancaria 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 federales? Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040

☐ Sí. Por favor envíe las declaraciones de impuestos federales 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 (No aplica a los hogares con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de la actual pauta federal de pobreza)

☐ Sí
☐ No. Excedo el límite de ingresos
☐ 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: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

Nombre completo (nombre, 2.º nombre, apellido)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección

Ciudad

Estado

Cód. postal

Número telefónico:

Tamaño de la familia (paciente, cónyuge y dependientes)

Situación laboral:
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial
☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado

Nombre del empleador:

Fecha de contratación:
(MM/DD/AAAA)

Frecuencia de pago:
☐ Semanal ☐ Bisemanal
☐ Mensual ☐ Quincenal

¿Es usted dependiente en la declaración de impuestos de otro? ☐ Sí
☐ No
Si responde que sí, entregue la declaración de impuestos correspondiente a quien lo reclama a usted como dependiente.

Desempleado: (MM/DD/AAAA) Ingreso bruto mensual
Desde: Hasta: \$

promedio:

SSI/SSDI mensual:
\$

CÓNYUGE (si corresponde)

Nombre completo (nombre, 2.º nombre, apellido)

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Número telefónico:

DEPENDIENTES (Si hay más de cuatro dependientes agregue otra página)

OTRO INGRESO MENSUAL (Por favor, adjunte copias de sus documentos para respaldar este ingreso)

AUTOMÓVIL/MOTOCICLETA/VEHÍCULOS RECREATIVOS (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

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

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

GASTOS PRINCIPALES: (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

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

☐ Ninguna. Explique por qué no paga alquiler ni hipoteca:

ACTIVOS (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

Saldo en cuenta de cheques	\$	Saldo en cuenta de ahorros	\$
Acciones/Bonos/CD	\$	Plan 401K/403B	\$
Otros	\$	Otros/HSA/FSA	\$

LA FIRMA ES OBLIGATORIA PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD

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.

Firma del paciente o la parte responsable	Fecha:
Cónyuge (si corresponde)	Fecha: