

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 NHSC 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 Boscobel Area Hospital and Clinics
☐ Gundersen St. Joseph's 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	
☐ Adjunte una carta que describa su situación financiera	☐ Copias de cartas de desempleo correspondientes a 30 días
☐ Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 30 días para todos los ingresos reportados	☐ Copias de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
¿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 <i>(nombre, 2.º nombre, apellido)</i>		Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i>	
Dirección		Ciudad	Estado Cód. postal
Número telefónico:		Tamaño de la familia <i>(paciente, cónyuge y dependientes)</i>	
Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado		Nombre del empleador:	
Fecha de contratación: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bimestral ☐ 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: <i>(MM/DD/AAAA)</i> Desde: Hasta:		Ingreso bruto mensual promedio: \$	SSI/SSDI mensual: \$

CÓNYUGE (si corresponde)			
Nombre completo <i>(nombre, 2.º nombre, apellido)</i>		Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Número telefónico:
Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado		Nombre del empleador:	
Fecha de contratación: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bimestral ☐ 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: <i>(MM/DD/AAAA)</i> Desde: Hasta:		Ingreso bruto mensual promedio: \$	SSI/SSDI mensual: \$

DEPENDIENTES (Si hay más de cuatro dependientes agregue otra página)				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Es dependiente en la declaración de impuestos	
1.			☐ Sí	☐ No
2.			☐ Sí	☐ No
3.			☐ Sí	☐ No
4.			☐ Sí	☐ 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	\$

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: