

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO**

Rellenar esta solicitud ayudará a Door County Medical Center a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que le ayuden a pagar su atención médica. Entregue esta solicitud en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes.

SI NO TIENE SEGURO MEDICO, NO SE REQUIERE EL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. SIN EMBARGO, el número del Seguro Social

se requiere para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número del Seguro Social, pero nos ayudará a determinar si califica para algún programa público.

Rellene este formulario y preséntelo en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes en persona, por correo, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha del alta o del recibo de la atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

### DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré la asistencia estatal, federal o local a la que pudiera tener derecho para ayudar a pagar esta factura de DCMC. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede ser verificada para asegurar su exactitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, y la asistencia financiera que se me otorgue puede ser revocada, y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Paciente o  
Solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Sírvase proporcionar copias de los siguientes documentos según corresponda:

- Declaraciones de retenciones W-2 del año en curso
- Formularios completos más recientes del impuesto sobre la renta federal/estatal, incluidos los anexos
- Talones de cheques de nómina/desempleo (últimos 3 meses) o declaración escrita de ingresos de su empleador (últimos 3 meses).
- Formularios de aprobación o denegación del seguro de desempleo, Compensación a los Trabajadores o Asistencia del Departamento de Ayudas Públicas
- Declaración de beneficios anuales del Seguro Social
- Extractos completos de cuentas corrientes/de ahorro (últimos 3 meses)
- Extracto de la cuenta de ahorro para gastos médicos (últimos 3 meses)
- Otro: carta en la que explique su situación

Su cooperación con Hospital Sisters Health System (HSHS) es extremadamente importante para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Si no proporciona esta información, supondrá motivo de denegación de la asistencia financiera.

Devuelva la solicitud cumplimentada junto con la documentación requerida dentro de los 30 días de haberla recibido a la siguiente dirección:

Patient Financial Services  
Attention: Financial Assistance Program  
323 South 18<sup>th</sup> Avenue  
Sturgeon Bay, WI 54235

Teléfono para llamar sin costo: 1 (920) 746-3502

Fax: (920) 746-3732

Correo electrónico: [DCMC\\_PFS@dcmedical.org](mailto:DCMC_PFS@dcmedical.org)

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

## INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/RESPONSABLE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

FECHA DE NACIMIENTO:

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL:

TELÉFONO:

(Opcional)

(Opcional)

(Opcional)

(Opcional)

RAZA:

ETNICIDAD:

SEXO:

IDIOMA PREFERIDO:

DIRECCIÓN PARTICULAR

(Ciudad, Estado, Código postal):

DIRECCIÓN ANTERIOR (Ciudad, Estado, Código postal):

Miembros de la unidad familiar	NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE <i>Si se trata del solicitante, uno mismo</i>	Vive en la casa		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿Paciente actual?	
				Sí	No		Sí	No
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA:

¿Se aplica a usted algo de la información que figura a continuación? En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan. Proporcione documentación/verificación si responde que SÍ a alguno de los enunciados siguientes:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda - albergue  | <input type="checkbox"/> Inscrito en el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)   |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento sin sucesión patrimonial  | <input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Ayuda para el Pago de Alquiler de Vivienda de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Illinois |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente                                   | <input type="checkbox"/> Inscrito en el Programa de Ayuda a la Vivienda del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin                          |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de los servicios o para un servicio no cubierto |  |
| <input type="checkbox"/> Encarcelamiento en una institución penitenciaria  |  |

Inscripción en los siguientes programas de ayuda para personas con bajos ingresos que tienen criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)                   | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia energética para hogares de Wisconsin (WHEAP)   |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)                   | <input type="checkbox"/> Inscripción en un programa comunitario organizado de acceso a la atención médica y que evalúe y documente como criterio la situación financiera de familias de bajos ingresos |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Recibo de ayudas en forma de subvención para servicios médicos  |

**Si respondió que SÍ a alguna de las opciones anteriores, deténgase y envíe esta solicitud y la documentación complementaria a la dirección correspondiente que se indica en la página 2.**

¿Está usted cubierto o es elegible para alguna póliza de seguro médico, entre otras, cobertura extranjera, Mercado de Seguros de Salud, beneficios para Veteranos, Medicaid y/o Medicare? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Asegurador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Estaba usted cubierto o era elegible en virtud de una póliza de seguro médico, póliza de cobertura extranjera, póliza del Mercado de Seguros de Salud, beneficios para Veteranos, póliza de Medicaid y/o Medicare de su cónyuge/pareja o ex cónyuge/pareja para todos o algunos de sus servicios médicos?

Nombre del ex cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Former spouse/partner address: \_\_\_\_\_

EMPLEO 1: MIEMBRO DEL HOGAR	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Ciudad, Estado, Código postal):
-----------------------------	-----------------------	--

SALARIO (BRUTO): _____(IMPORTE)	PERÍODO : <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	CUÁNTO TIEMPO: ____AÑOS ____MESES	PUESTO:
------------------------------------	--	--------------------------------------	---------

EMPLEO 2: MIEMBRO DEL HOGAR	NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Ciudad, Estado, Código postal):
-----------------------------	-----------------------	--

SALARIO (BRUTO): _____(IMPORTE)	PERÍODO : <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> DOS VECES AL MES <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL	CUÁNTO TIEMPO : ____AÑOS ____MESES	PUESTO :
------------------------------------	--	---------------------------------------	----------

<b>INGRESOS NO PROCEDENTES DEL TRABAJO</b> No es necesario revelar la pensión alimenticia si no desea que se tenga en cuenta como base para el reembolso de esta obligación.  <input type="checkbox"/> Marque la casilla si actualmente no declara impuestos .	TIPO DE INGRESOS NO PROCEDENTES DEL TRABAJO	MIEMBRO DEL HOGAR	IMPORTE	PERÍODO	
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				

MANUTENCIÓN MENORES: NOMBRE DEL MENOR (QUE RECIBE)	NOBRE DE LA PERSONA / PROGENITOR QUE PAGA	IMPORTE	PERÍODO
1.			
2.			

CASA:  <input type="checkbox"/> Alquiler  <input type="checkbox"/> Propiedad	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR	PAGO DE ALQUILER:	FECHA DE PAGO:	PAGO CONTRATO:	PAGO HIPOTECA:
		PRECIO DE COMPRA:	FECHA DE COMPRA:	SALDO ADEUDADO:	VALOR ESTIMADO:

<b>ACTIVOS/RECURSOS</b> Los activos que se contabilizan incluyen: dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, vehículos recreativos, bienes inmuebles distintos a la vivienda o al terreno en el que vive, póliza de seguro de vida con valor de rescate en efectivo, acciones y bonos.	TIPO DE ACTIVO	MIEMBRO DEL HOGAR	IMPORTE	PERÍODO	BANCO/ DESCRIPCIÓN	

CUENTAS DE CRÉDITO/RECURRENTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ACREEDOR	LO QUE SE COMPRÓ	IMPORTE FINANCIADO	SALDO POR PAGAR	PAGO MENSUAL
1.					
2.					
3.					

GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES	MIEMBRO DEL HOGAR QUE REALIZA EL PAGO	NOMBRE DEL NIÑO	IMPORTE	PERÍODO
1.				
2.				

¿Solicita asistencia financiera para un tratamiento relacionado con:  Lesión laboral  Accidente  Delito  Cáncer  
 En caso afirmativo, proporcione los detalles:

