

# Financial Statement

## Declaración Financiera

**Hospital & Clinics** 608-262-2221  
 600 Highland Ave 866-841-8535  
 Madison, WI 53717 608-265-0185, Fax

**Physicians** 608-829-5254  
 7974 UW Health Ct. 877-565-8855  
 Middleton, WI 53562 608-833-5039, Fax

**Person completing form:** \_\_\_\_\_ **Date completed:** \_\_\_\_\_

Por favor, indique a todos los familiares que tienen un saldo que quisiera que se considerara para el Programa de Asistencia a la Comunidad (Community Care Program).

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Expediente Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Patient name Medical Record # Birth date*  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Expediente Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Expediente Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° Expediente Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_ **ESPOSO/A:** \_\_\_\_\_  
*Guarantor Rel. to Patient Spouse*

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Address Address*

**Condado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_  
*County Home Phone Country Home Phone*

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Empleo:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Empleo:** \_\_\_\_\_  
*Employer Empl. Date Employer Empl. Date*

**Dirección del lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Dirección del lugar de empleo:** \_\_\_\_\_  
*Employer Address Employer Address*

**Teléfono del lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del lugar de empleo:** \_\_\_\_\_  
*Employer Phone Employer Phone*

Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó \_\_\_\_\_ Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó \_\_\_\_\_  
*If unemployed, last day/mo & yr worked If unemployed, last day/mo & yr worked*

**Estado civil (marque uno):**  Casado/a  Soltero/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  
*Marital Status*

### Ingresos mensuales recibidos por el garante (y esposo/a si es pertinente)

*Monthly income received by guarantor (and spouse, if applicable)*

**Ingreso mensual:** \_\_\_\_\_ **Bruto:** \_\_\_\_\_ **Neto:** \_\_\_\_\_ **Ingreso mensual:** \_\_\_\_\_ **Bruto:** \_\_\_\_\_ **Neto:** \_\_\_\_\_  
*Monthly Income Gross Net Monthly Income Gross Net*

**Jornada completa**  **Media jornada** **Sueldo por hora:** \_\_\_\_\_  **Jornada completa**  **Media jornada** **Sueldo por hora:** \_\_\_\_\_  
*Full Time Part Time Hourly Wage Full time Part time Hourly Wage*

**Título de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Título de trabajo:** \_\_\_\_\_  
*Job Title Job Title*

**Ingreso mensual del seguro social (SS):** \_\_\_\_\_ **Ingreso mensual del seguro social (SS):** \_\_\_\_\_  
*Monthly Soc. Sec. Income Monthly Soc. Sec. Income*

**Discapacidad del SS**  **Ingreso del SS**  **Jubilación del SS**  **Incapacidad del SS**  **Ingreso del SS**  **Jubilación del SS**  
*SS Disability SSI SS Retirement SS Disability SSI SS Retirement*

**Beneficios de superviviente del SS**  **Beneficios de superviviente del SS**  
*SS Survivor Benefit SS Survivor Benefit*

**Ha aplicado para Incapacidad del SS:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Ha aplicado para Incapacidad del SS:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*SSDI Applied For Date SSDI Applied For Date*

**Pensión:** \_\_\_\_\_ **Ingreso de propiedad de alquiler:** \_\_\_\_\_ **Pensión:** \_\_\_\_\_ **Ingreso de propiedad de alquiler:** \_\_\_\_\_  
*Pension Rental Income Pension Rental Income*

**Desempleo:** \_\_\_\_\_ **Desempleo:** \_\_\_\_\_  
*Unemployment Unemployment*

Certificado de depósito/  
Cuenta individual de jubilación (IRA) \_\_\_\_\_  
Certificate of Deposit/IRA

Certificado de depósito/  
Cuenta individual de jubilación (IRA) \_\_\_\_\_  
Certificate of Deposit/IRA

401K: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
401K Other

401K: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
401K Other

Saldo mensual promedio de cuenta bancaria corriente: \_\_\_\_\_  
Checking Act. Avg. Mo. Balance

Saldo mensual promedio de cuenta bancaria corriente: \_\_\_\_\_  
Checking Act. Avg. Mo. Balance

Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
Name of Bank

Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
Name of Bank

Saldo de la cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_  
Savings Act. Balance

Saldo de la cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_  
Savings Act. Balance

Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
Name of Bank

Nombre del banco: \_\_\_\_\_  
Name of Bank

DEPENDIENTES (DEPENDENTS)	Edad (Age)	Custodia compartida (Joint Custody) (Sí/No)	¿Su hijo/a vive con Usted? (Does Child Live With You?) (Sí/No) ¿Con qué frecuencia? (How Often?)	¿Recibe el otro (padre o madre) Asistencia Médica (MA)? (Is other parent on MA?) (Sí/No)	Ayuda mensual (Monthly Support)	¿pagado/recibido? (Paid?/Received?)

**Bienes (Assets)**

Automóvil marca/modelo: \_\_\_\_\_ Propio/arriendo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Saldo por pagar: \_\_\_\_\_  
Automobile make/model Own//lease Year Balance owed:

Automóvil marca/modelo: \_\_\_\_\_ Propio/arriendo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Saldo por pagar: \_\_\_\_\_  
Automobile make/model Own//lease Year Balance owed:

Valor de bienes raíces: \_\_\_\_\_ Saldo de hipoteca: \_\_\_\_\_  
Real Estate value Balance on Mortgage

¿Declaró impuestos el año pasado?  Sí (Por favor adjunte una copia)  No Razón \_\_\_\_\_  
Did you file taxes last year? Yes (Please attach copy) No Reason

**Gastos mensuales para el hogar (Monthly Household Expenses)**

Alquiler/Renta: \_\_\_\_\_ Televisión por cable: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_  
Rent Cable TV Food

Hipoteca: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Pagos de automóvil: \_\_\_\_\_  
Mortgage Telephone Car Payments

Impuestos de bienes raíces: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Gasolina: \_\_\_\_\_  
Real Estate Taxes Cell Phone Gasoline

Calefacción: \_\_\_\_\_ Cuidado de niños: \_\_\_\_\_ Matrícula escolar: \_\_\_\_\_  
Heat Child care Tuition

Electricidad/Luz: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_ Otro (contribuciones con impuestos aplazados): \_\_\_\_\_  
Electric Medication Other (tax-deferred contributions)

Agua/Alcantarillado: \_\_\_\_\_ Ropa: \_\_\_\_\_ Gastos para seguro: \_\_\_\_\_  
Water/sewer Clothing Insurance Expense

- Auto  Casa/Inquilino  Vida  Médico
- Auto Home/Renter's Life Health

Comentarios/Remarks: \_\_\_\_\_

# Financial Statement Declaración Financiera

**Hospital & Clinics** 608-262-2221  
600 Highland Ave 866-841-8535  
Madison, WI 53717 608-265-0185, Fax

**Physicians** 608-829-5254  
7974 UW Health Ct. 877-565-8855  
Middleton, WI 53562 608-833-5039, Fax

**Dinero debido por el garante (y/o esposo/a si es pertinente) por gastos médicos u otros gastos familiares***Household/Family Medical and Other Bills Owed by Guarantor (and Spouse, if Applicable)*

<b>Hospital/Doctor/Clínica (indique los nombres):</b> <i>Hospital/Doctor/Clinic (List Hospital Names)</i>	<b>Saldo:</b> <i>Balance</i>	<b>Pago mensual:</b> <i>Monthly Payment</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

<b>Prestamos de banco/Tarjetas de Crédito/ u Otras Cuentas (Indique el uso)</b> <i>Bank / Credit Cards / or Other Bills (List use)</i>	<b>Saldo:</b> <i>Balance</i>	<b>Pago mensual:</b> <i>Monthly Payment</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**(Si tiene gastos adicionales, por favor incluya una hoja separada)**  
**If you have additional expenses, please attach a separate sheet**

Para servir mejor a nuestros pacientes, la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin Medical Foundation*) y el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin Hospital and Clinics*) usan el mismo formulario. Yo entiendo que esta información será usada únicamente para determinar la responsabilidad financiera por mis cuentas de la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin y el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin y se mantendrá de forma confidencial. Mi firma autoriza que la Fundación Médica de la UW y el Hospital y las Clínicas de la UW verifiquen cualquier información proporcionada en este formulario.

*To better serve our patients, the University of Wisconsin Medical Foundation and University of Wisconsin Hospital and Clinics coordinate by using a single form. I understand this information will be used only for determination of financial responsibility for my charges at the University of Wisconsin Medical Foundation and University of Wisconsin Hospital and Clinics and will be kept confidential. My signature authorizes the UW Medical Foundation and UW Hospital and Clinics to verify any information furnished on this form.*

**Según mi leal saber y entender, la información provista arriba es verídica y correcta.**

*To the best of my knowledge, the information provided above is true and correct.*

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Patient/Guarantor Signature Date*

Firma de la persona que completó este formulario si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of person completing form if different from patient Date*

**Para la evaluación con el Programa de Asistencia a la Comunidad (Community Care Program), por favor incluya los siguientes artículos:**

- Declaración Financiera Completada (ambas páginas rellenas en su totalidad y firmada)
- Los Impuestos **Federales** del año pasado incluyendo todos los formularios adicionales (si es pertinente)
- Resguardos de pago actuales / declaraciones de desempleo
- \*Si no está trabajando actualmente o si no hizo la declaración de impuestos, presente una carta firmada explicando cómo cubre sus gastos de la vida cotidianos. Si usted recibe ingreso del Seguro Social (*Social Security income*) debido a la edad o la discapacidad, por favor incluya una copia de su declaración de beneficios de la Administración del Seguro Social o una copia de su declaración bancaria que muestre las cantidades de depósito las cantidades depositadas directamente.

Formulario completado por teléfono con el paciente  
*Form completed with patient via phone*