

Declaración Financiera

Nombre del Solicitante (Nombre de Pila, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha	Nº Expediente Médico (si lo conoce)
---	-------	-------------------------------------

Para la evaluación con el Programa de Asistencia a la Comunidad, por favor incluya todos los siguientes si es pertinente:

- Esta Declaración Financiera, firmada y fechada
- Declaración de Impuestos Federales y los formularios justificativos (del año pasado)
- Comprobantes de pago (del último mes)
- Cartas de concesión de beneficios (pensión, desempleo, SSI, SSDI)
- Declaraciones de cuenta del banco
- Carta que explique cómo cubre sus gastos diarios

¿Tiene actualmente el paciente cobertura de un seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cobertura: _____
Si no es así, ¿ha solicitado el paciente cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Healthcare.gov)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene el paciente un Producto de Seguro de HPS (Health Payment Solutions)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Hizo el paciente/la persona financieramente responsable la declaración de impuestos el año pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Si no es así, ¿por qué?
¿Tiene el paciente/la persona financieramente responsable una cuenta para gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si es así, ¿cuál es el saldo? _____

Paciente/Persona Financieramente Responsable

Nombre (Nombre de Pila, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento (mes, día, año)
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono	Tamaño Familiar (Paciente, Cónyuge y Dependientes)	Estado Civil
Estado Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante	Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó	
Empleador	Fecha de Empleo (mes, día, año)	

Cónyuge/Pareja

Nombre (Nombre de Pila, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento (mes, día, año)	Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal
Estado Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante	Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó	
Empleador	Fecha de Empleo (mes, día, año)	

Dependientes

Nombre Completo	Relación	Fecha de Nacimiento (mes, día, año)
1.		
2.		
3.		
4.		

Ingreso Mensual de la Persona Responsable y el Cónyuge (si es pertinente)

Paciente/Persona Responsable		Cónyuge	
	Ingreso Mensual (Bruto)		Ingreso Mensual (Bruto)
	Ingreso Mensual (Neto)		Ingreso Mensual (Neto)
	Sueldo por Hora		Sueldo por Hora
	Ingreso Mensual del Seguro Social		Ingreso Mensual del Seguro Social
	Ha solicitado Seguro de Incapacidad de SS y Fecha		Ha solicitado Seguro de Incapacidad de SS y Fecha
	Pensión		Pensión
	Desempleo		Desempleo
	Saldo Promedio de la Cuenta Corriente		Saldo Promedio de la Cuenta Corriente
	Saldo de la Cuenta de Ahorros		Saldo de la Cuenta de Ahorros
	Nombre del Banco		Nombre del Banco

Propiedad y Bienes

Valor de bienes raíces	Saldo de la hipoteca										
<table border="1"> <tr> <td>Marca y Modelo</td> <td>Propio</td> <td>Rentado</td> <td>Año: _____</td> <td>Saldo por pagar: _____</td> </tr> <tr> <td>Marca y Modelo</td> <td>Propio</td> <td>Rentado</td> <td>Año: _____</td> <td>Saldo por pagar: _ _____</td> </tr> </table>	Marca y Modelo	Propio	Rentado	Año: _____	Saldo por pagar: _____	Marca y Modelo	Propio	Rentado	Año: _____	Saldo por pagar: _ _____	
Marca y Modelo	Propio	Rentado	Año: _____	Saldo por pagar: _____							
Marca y Modelo	Propio	Rentado	Año: _____	Saldo por pagar: _ _____							

Proporcione documentación sobre cualquier de las siguientes fuentes de ingreso

Descripción del Ingreso	Fuente	Cantidad de Ingreso Mensual
Certificado de Depósito/IRA		
Retirada de fondos del 401K		
Ingreso de propiedad arrendada		
Otro		

Gastos Mensuales para el Hogar

Alquiler/Renta	Pagos del automóvil	Guardería
Televisión por cable	Impuestos de bienes raíces	Matrícula escolar
Comida	Celular	Electricidad/Luz
Hipoteca	Gasolina	Medicamentos
Teléfono	Calefacción	Agua/Alcantarillado
Ropa	Gastos del seguro	Otro

Otras Deudas (facturas médicas, préstamos del banco, tarjetas de crédito, de otro tipo)

Tipo	Uso para préstamos/Tarjetas de crédito	Saldo pendiente	Pago mensual

Certificación: Yo entiendo que esta información se utilizará únicamente para determinar la responsabilidad financiera por mis costes en UW Health y se mantendrá de forma confidencial. Como parte de los requisitos del Programa de Asistencia Financiera, se requiere que yo sea evaluado para Medicaid u otros programas de asistencia pública, incluyendo pero sin limitarse a los siguientes: BadgerCare – WI Medicaid; Asistencia para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Elderly, Blind, Disable o EBD); Asistencia Médica de Emergencia para Extranjeros (Alien Emergency Medical Assistance o AEMA); Fondo de Compensación para Víctimas de Crimen Violento (Victim of Violent Crime Compensation Fund o VOVC); Discapacidad Presunta/Medicaid (Presumptive Disability/Medicaid); Discapacidad/Ingreso del Seguro Social (Social Security Disability/Income o SSD/SSI); Mercado de Seguros Médicos (Marketplace Health Insurance). Mi firma autoriza que UW Health verifique cualquier información proporcionada en este formulario.

Firma del Paciente/Persona Responsable	Fecha (mes, día, año)
Nombre de la persona que completa el formulario si no es el paciente	Fecha (mes, día, año)