

Declaración Financiera

Staff Use: Please fax to 608-662-4565 or inter-office to Mail Code 1010

Nombre del Solicitante (Nombre de Pila, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha	N° 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 de los últimos dos meses (si no tiene cuentas bancarias, explique en comentarios)
- Carta que explique cómo cubre sus gastos diarios

¿De qué organizaciones está solicitando asistencia financiera?

-
- UW HEALTH
-
- MERITER
-
- AMBOS

¿Tiene actualmente el paciente cobertura de un seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura: _____	
Si no es así, ¿ha solicitado el paciente cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Healthcare.gov)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente un Producto de Seguro de HPS (Health Payment Solutions)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente elige no participar en un programa de seguro financiado por el gobierno por razones religiosas/cultural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hizo el paciente/la persona financieramente responsable la declaración de impuestos el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no es así, ¿por qué? _____	

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"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Sin Empleo				Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó	
Empleador			Ingresos Semanales Hrs/Semana: Pago(\$)/Hora:	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"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Sin Empleo				Si no está trabajando, indique el último día/mes y año en que trabajó	
Empleador			Ingresos Semanales Hrs/Semana: Pago(\$)/Hora:	Fecha de Empleo (mes, día, año)	

Dependientes

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

Paciente/Persona Financieramente Responsable		Cónyuge/Pareja	
	Ingreso Mensual del Seguro Social		Ingreso Mensual del Seguro Social
	Fecha de solicitud de Seguro de Incapacidad		Fecha de solicitud de Seguro de Incapacidad
	Pensión		Pensión
	Desempleo		Desempleo
	Certificación de depósito/IRA		Certificación de depósito/IRA
	Fondos de 401K		Fondos de 401K
	Ingresos de propiedad arrendada		Ingresos de propiedad arrendada
	Otros ingresos		Otros ingresos

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

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

Bienes/Ahorros >\$10,000

Enumere todos los activos líquidos que tenga con un valor superior a \$10,000. No incluya su casa principal, vehículo principal o cuentas de ahorros para jubilados/universitarios.

Otros comentarios

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.

Para firmar el documento electrónicamente: vaya a "herramientas"--> "rellenar y firmar"

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)