



Estimado(a) paciente o parte responsable:

En Southwest Health Center, Inc. ofrecemos tratamiento a todos los pacientes, independientemente del origen de los pagos. Parte de nuestro trabajo es ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a encontrar otros recursos financieros.

El programa de asistencia financiera (Financial Assistance) de Southwest Health Center, Inc. es un programa que ayuda a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a pagar sus facturas hospitalarias. El primer requisito es solicitar asistencia médica estatal. Para solicitar cobertura de Medicaid, visite el sitio web www.access.wisconsin.gov o llame al 1-888-794-5780.

Una vez que reciba su carta de autorización/denegación de Medicaid, anexe una copia de ella a este formulario junto con todos los demás documentos requeridos. Al final del formulario hay una lista informativa que debe devolver con el formulario.

Southwest Health Center, Inc. no podrá tomar en cuenta su solicitud sino hasta que se completen los siguientes pasos.

- Paso 1: Obtenga la carta de autorización/denegación de Medicaid e inclúyala con este formulario.
- Paso 2: Complete este formulario en su totalidad, fírmelo y anote la fecha junto a su firma.
- Paso 3: Incluya los siguientes documentos requeridos:
 - Los comprobantes de pago de salario de los dos meses previos correspondientes a cada adulto con empleo.
 - Los estados de cuenta bancarios, de ahorros y de cheques, de los últimos dos meses.
 - Las declaraciones de impuestos estatales y federales más recientes que haya presentado. Esto incluye todas las declaraciones complementarias presentadas.

Si corresponde al caso del solicitante:

- El informe de ayuda estudiantil del año escolar corriente, si cursa estudios de un nivel mayor que el de preparatoria.
 - El informe anual de ingresos del seguro social.
 - El informe anual de pensión.
- Paso 4: Entregue este formulario por correo postal o personalmente, junto con todos los demás documentos necesarios, al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services) en la siguiente dirección: Patient Financial Services, Southwest Health Center, 1400 Eastside Rd. Platteville, WI 53818.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al (608)342-4717. Nos complacerá mucho ayudarle a resolver cualquier duda o inquietud que tenga.

Atentamente,

Departamento de Servicios Financieros para el Paciente

Formulario de solicitud de asistencia financiera

NOMBRE _____ N.º DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

EMPLEADOR (NOMBRE Y DIRECCIÓN) _____

CÓNYUGE _____ N.º DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLEADOR (NOMBRE Y DIRECCIÓN) _____

DEPENDIENTES Nombre/edad _____ Nombre/edad _____

 Nombre/edad _____ Nombre/edad _____

 Nombre/edad _____ Nombre/edad _____

A CONTINUACIÓN INDIQUE LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS FUENTES DE INGRESO DE SU HOGAR:

Fuente de ingreso*	Monto mensual	Nombre de la persona que recibe el ingreso

*INGRESO: Representa el total de los cobros en efectivo de todas las fuentes antes de deducir impuestos, incluidas las siguientes, entre otras: salarios, asistencia pública, seguro social, beneficios de compensación por desempleo o de trabajadores, subsidio de huelga sindical, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), manutención de menores, pensión alimenticia, ingreso por pensión, pagos de seguro o de anualidades, intereses, ingresos por alquiler, regalías, ingresos por herencias o fideicomisos, reembolsos de impuestos y compensaciones por reclamos de lesiones.

* INDIQUE ABAJO CUALQUIER CAMBIO EN SU SITUACIÓN FINANCIERA COMO, POR EJEMPLO, PÉRDIDA DE TRABAJO, DIVORCIO, MUERTE O CUALQUIER OTRA DIFICULTAD:

Llene las siguientes casillas para darnos más información sobre sus responsabilidades financieras:

Propiedad/vivienda		
Ubicación:	Valor tributario estimado:	Saldo de la hipoteca:
Ubicación:	Valor tributario estimado:	Saldo de la hipoteca:
Ubicación:	Valor tributario estimado:	Saldo de la hipoteca:

Saldo de cuentas bancarias (paciente y cónyuge)					
Tipo	Ubicación	Monto	Tipo	Ubicación	Monto
Cheques			Institución financiera		
Cheques			Certificados de depósito (CD)		
Ahorros			Cuentas de jubilación individuales (IRA, por sus siglas en inglés)		
Ahorros			Otra		

Auto/vehículo		
Marca y año:	Valor estimado:	Saldo del préstamo:
Marca y año:	Valor estimado:	Saldo del préstamo:
Marca y año:	Valor estimado:	Saldo del préstamo:

Otros activos-vehículos recreativos		
Tipo (embarcación/motocicleta/motonieve/vehículo recreativo/etc.)	Valor estimado	Saldo del préstamo

Gastos mensuales (puede usar el reverso de esta hoja si necesita espacio adicional)			
Alquiler		Pensión alimenticia/manutención de menores	
Hipoteca		Medicamentos	
2.ª hipoteca:		Primas de seguro	
Servicios públicos		Transporte	
TV por cable/satelital		Facturas médicas (especifique)	
Teléfono (incluso celular)		Tarjeta de crédito (especifique)	
Alimentos		Otros (especifique)	

Lea el siguiente párrafo y a continuación firme este documento:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es exacta, a mi leal saber y entender, y que representa con veracidad mi situación financiera actual; además, autorizo a Southwest Health Center, Inc. para que compruebe cualquier información proporcionada en esta solicitud al determinar mi elegibilidad para obtener asistencia financiera.

Firma del paciente/parte responsable

Fecha

Recordatorio importante: Para poder procesar su solicitud se necesita la siguiente información:

- Carta de autorización/denegación de Medicaid
- Solicitud de asistencia financiera, completada, firmada y fechada
- Los comprobantes de pago de salario de los dos meses previos correspondientes a cada adulto con empleo.
- Los estados de cuenta bancarios, de ahorros y de cheques, de los últimos dos meses.
- Las declaraciones de impuestos estatales y federales más recientes que haya presentado. Esto incluye todas las declaraciones complementarias presentadas.

- Si corresponde al caso del solicitante:
 - El informe de ayuda estudiantil del año escolar actual, si cursa estudios de un nivel mayor que el de preparatoria.
 - El informe anual de ingresos del seguro social.
 - El informe anual de pensión.

Entregue esta solicitud por correo postal o personalmente, junto con todos los demás documentos necesarios, en la siguiente dirección:

Southwest Health Center

A la atención de:

Patient Financial Services

1400 Eastside Rd. Platteville, WI 53818