



WESTERN WISCONSIN HEALTH

Querido Solicitante:

Incluido va una aplicación para el Programa de Cuidado Comunitario del Centro Médico del área de Baldwin (BAMC). Nuestro Programa del Cuidado Comunitario esta disponible a los pacientes elegibles quienes no pueden pagar todo ó parte de las cuentas de los doctores y del hospital y que están basados en su necesidad financiera. Para poder considerarlo en el Programa de Cuidado Comunitario, todos los documentos incluidos en la lista de documentos deben ser incluidos. Si usted no puede proveer los documentos requeridos, por favor indicar la razón.

Le rogamos que regrese la aplicación con todos los otros documentos dentro de 14 días. Revisaremos la información y lo contactaremos dentro de 30 días de haberla completado. Aplicaciones incompletas serán regresadas a usted con una carta preguntando por la documentación especificada.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la aplicación y/o los requisitos, siéntase libre de contactarnos directamente al 715-684-1563.

Responsabilidades del Apicante

Esperamos que el paciente/garante cooperará y dará la información necesaria y requerida para hacer la determinación de la elegibilidad de la asistencia al Programa del Cuidado Comunitario.

Ninguna organización puede totalmente ayudar a todos los pacientes que no pueden pagar. El Cuidado Comunitario trabaja en colaboración con otros programas de asistencia financiera (privada y pública). Se le pedirá al paciente que busque otras opciones de asistencia en los que puedan ser elegibles, antes de ser evaluado para asistencia médica comunitaria.

****Por favor note: Que el Programa de Cuidado Comunitario no es un seguro de salud. Los descuentos otorgados por medio del Programa del Cuidado Comunitario son aprovados solamente para los servicios del BAMC y sus proveedores. Los descuentos no aplican para los siguientes: Cuentas mandadas a colección/legales. Farmacia; doctores especialistas, radiólogos o servicios sin cargos.**



Cuidado Comunitario

Carta de Testimonio de apoyo

Nombre del paciente: (En letra de molde): _____

Testimonio de domicilio

Yo, _____ doy testimonio que _____

ha estado viviendo en _____, en la ciudad de _____,
Estado de _____ código postal _____.

Testimonio de apoyo:

Yo, _____ doy testimonio que _____ me apoya cada mes con lo siguiente: (especifique cada ayuda recibida: calefacción, comida, casa, teléfono, medicamentos, seguro de salud, etc.):

La ayuda total de apoyo es \$ _____, Yo no espero ser reembolsado por el costo de este apoyo. Yo proporciono apoyo a este individuo porque: (indique las razones):

Reporta usted como dependiente en sus impuestos a este individuo: ____ Si ____ No

¿Desde cuanto tiempo le ha estado ayudando a este individuo? _____

(Patrocinador)

Aquí doy fe que yo apoyo al siguiente individuo y que yo sepa, ellos no tienen otro apoyo financiero.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Firma de testimonio: _____ Fecha: _____

Yo entiendo que mi firma no me hace responsable de alguna deuda del individuo que yo apoyo.



WESTERN WISCONSIN HEALTH

Western Wisconsin Health
1100 Bergslien Street
BALDWIN WI 54002
715-684-1565

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ON THE APPLICATION, PLEASE CALL

APLICACION DEL CUIDADO COMUNITARIO

Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono _____

Nombre de Esposa/o _____ Fecha de Nacimiento: _____

Veterano de Guerra: () No () Si Si es veterano, ¿Ha aplicado para la Pensión de Veteranos? _____

Solicitante

Cónyuge

Empleo: _____

Domicilio del empleo: _____

Teléfono de empleo: _____

Fecha de empiezo de empleo: _____

Fecha de conclusión de empleo _____

Empleo previo/fecha: _____

Número de seguro social: _____

Compañía de seguros de salud: _____ Número de póliza: _____

Fecha de inscripción _____ ¿Tiene su empleo seguro disponible de salud?: _____

Nombre de dependientes (reclamados en los impuestos), escribir edad y relación

- 1. _____ 3. _____
- 2. _____ 4. _____

¿Debe algún balance a BAMC que esté relacionado a Compensación de trabajo ó responsabilidad de accidente? _____ Escriba las fechas de servicio aquí: _____

Describa cualquier ingreso mensual (Indique la cantidad y proporcione documentación que pruebe cada cantidad reportada:

() Ningún ingreso: Completar la Carta de Testimonio de Apoyo.

Sueldo _____ Veterano _____ Pensión _____

Manutención de menores _____ Pensión alimenticia _____ Seguro Social _____

Proporcionar las cantidades y fecha si recibe lo siguiente:

Compensación de trabajo \$: _____ Desempleo \$: _____ Otros \$ _____

Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____

Describa las cantidades de:

Ahorros: _____

Chequera: _____

Propiedades: _____

IRA: _____

Acciones/bonos _____

Terrenos: _____

AUTORIZACION DE INFORMACION FINANCIERA:

Yo, _____, autorizo que el Programa de Cuidado Comunitario del Centro Médico del Area de Baldwin Inc., obtenga información financiera acerca de mí de la Administración de seguridad social, Servicios Sociales del Condado, instituciones financieras o compañías de seguro con el propósito de determinar mi necesidad de ayuda del Cuidado Comunitario. Esta autorización es válida por 90 días de la fecha de mi firma. La puedo anular cualquier día, con excepción, que el centro médico dependa de él. Yo entiendo que una copia de este consentimiento es tan válida como el original. Por esto yo certifico que la información de esta aplicación es correcta.

Razones para la aplicación: Yo entiendo que el programa de Cuidado Comunitario no es un programa de seguro de salud ni tampoco un programa de derecho suyo. Este no es un programa que reemplazará los beneficios que son, o que podrían ser, recibidos de programas del gobierno u otros programas. Yo debo de entender que debo de agotar otras opciones de pagos como condición de aprobación para la consideración de descuento bajo este programa. La razón de mi aplicación es debida a:

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Si ésta es firmada por otra persona además del paciente, completar lo siguiente:

Firma de la persona legalmente autorizada: _____ Fecha: _____

El paciente es: () Menor de edad () incompetente () incapacitado () Legalmente autorizado () Tutor legal

() Padre del menor

ESTA APLICACIÓN NO PODRA SER PROCESADA HASTA QUE USTED PUEDA PROVEERNOS CON LO SIGUIENTE:

Completados:

1. Aplicación de Cuidado Comunitario
2. Verificación de ingresos
3. Aplicación del Seguro de Marketplace. Proveer la documentación del estatus de la aplicación.
>Aplicar en el sitio de internet: <https://www.healthcare.gov/> o llamar a 1-800-318-2596.
4. Aplicación de Asistencia Médica hecha dentro de 90 días. Si fué usted rechazado, proveernos con una copia del rechazo.
>Aplicar en el sitio de internet: <https://access.wisconsin.gov/> o llamar a 1-800-362-3002

Adjuntar:

- Copia de los impuestos del año anterior.
- Si usted no reportó los impuestos, proveernos con la información de los 12 meses anteriores con el resumen de sus ingresos. También incluir los estados de banco de cuenta corriente y ahorros.
- Si usted no puede trabajar, debe aplicar para incapacidad y proveernos con verificación de la aplicación y una copia de su rechazo. Esperamos que usted procese y entregue una apelación de su rechazo inicial de cobertura.
- Si usted recibe fondos del Seguro Social, incluya una copia de la carta de compensación.

Importante:

1. Mientras su aplicación sea aprobada, su cuenta está en riesgo de colección.
2. Aplicaciones incompletas serán devueltas