|  |
| --- |
| **Lista de verificación** |
| Identificación / Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo, u otro |
| Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, o tres talones de pago más recientes / extractos bancarios, o carta de certificación de terceros. |
| Seguro: Tarjetas de seguro |
| Prueba de solicitud de WI Medicaid (para atención comunitaria: servicios basados en hospitales). |

**Solicitud de Descuento de Asistencia Financiera**

Es la política de Western Wisconsin Health proporcionar servicios esenciales médicamente necesarios, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. WWH ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvala al asesor financiero o al gerente de la oficina de negocios para determinar si usted o los miembros de su familia califican para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta instalación, excepto para los servicios de minoristas basados en efectivo o aquellos servicios o equipos adquiridos desde el exterior, incluyendo las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos X realizada por un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Usted debe completar este formulario cada 3 meses o si su situación financiera cambia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido de jefe de hogar** | **Lugar de empleo** |
| **Calle** | **Ciudad** | **Estado** | **Postal** | **Teléfono** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre – Mio/Dependiente****(Nombre de miembro de familia)** | **Fecha de nacimiento** | **Nombre – Mio/Dependiente****(Nombre de miembro de familia)** | **Fecha de nacimiento** |
| 1. |  | 6. |  |
| 2. |  | 7. |  |
| 3. |  | 8. |  |
| 4. |  | 9. |  |
| 5. |  | 10. |  |
|  |  |  |  |

Motivo de la solicitud: Los programas de asistencia financiera no son programas de seguros ni son programas de derechos. No están destinados a reemplazar los beneficios que son o podrían recibirse de otras fuentes de pago. Indique la razón por la que necesita ayuda con su factura: (o adjunte una carta por separado)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La prueba de ingresos DEBE adjuntarse antes de que una solicitud se considere "completa". Incluya copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos para que podamos procesar la solicitud.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fuente** | **Mia** | **Cónyuge** | **Otro** | **Total** |
| Salarios brutos, salarios, propinas |  |  |  |  |
| Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes |  |  |  |  |
| Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o jubilación |  |  |  |  |
| Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil y otras fuentes diversas |  |  |  |  |
| **Ingresos totals** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de imprenta o de molde** |  |
| **Firma** |  | **Fecha** |  |

**Uso de la oficina solamente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del paciente** |  |
| **Descuento aprobado** |  |
| **Aprobado (por)** |  |
| **Fecha de aprobación** |  |