Fecha de hoy (*MM/DD/AAAA)* (Debe enviarse dentro de los 30 días)	
No. de registro médico:	
Garante No.:	
Referido por:	
Nombre completo del solicitante: (nombre, 2.º nombre, apellido)	

GUNDERSEN HEALTH SYSTEM.

Solicitud de asistencia financiera al programa
Enviar a: Gundersen Health System, ATTN: CFS/NCA3-01
1900 South Ave, La Crosse, WI 54601
financialassistance@gundersenhealth.org

SEGURO MÉDICO Si lo tiene, escriba la información y entregue copia de la tarjeta del seguro	
Nombre y dirección de la compañía de seguros:	Número de póliza:

LUGAR DE SERVICIO	
☐ Gundersen Lutheran Medical Center/Clinics	☐ Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
☐ Gundersen Boscobel Area Hospital and Clinics	☐ Gundersen Tri-County Hospital and Clinics
☐ Gundersen Palmer Lutheran Hospital and Clinics	☐ Gundersen Moundview Hospital and Clinics
☐ Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics	

MARQUE A CONTINUACIÓN TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN Y PROVEA LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO	
☐Sin vivienda – Explique:	☐Fallecido sin dejar sucesión o herencia
	☐Encarcelado en institución penal

ADJUNTE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, LUEGO COMPLETE Y FIRME LA SOLICITUD	
□ Copias de estados de cuenta de plan 401K/Jubilación/CD/etc.	□ Adjunte una carta que describa su situación financiera
□ Copias de talones de cheques de pago correspondientes a 30 días para todos los ingresos reportados	□ Copias de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
□ Copias de cartas de desempleo correspondientes a 30 días	□ Copias de estado(s) de cuenta bancaria de cheques y ahorros
□ Copias de factura del impuesto a la propiedad	□ Copias de estado de cuenta con saldo de la hipoteca

¿Presentó su declaración de impuestos federales? Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, llame al 1-800-829-1040

☐ Sí. Por favor envíe las declaraciones de impuestos federales a los ingresos más recientes y las planillas de respaldo.

☐ No. Explique por qué:

He solicitado o solicitaré asistencia médica (Medical Assistance) federal o estatal (No aplica a los hogares con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de la actual pauta federal de pobreza)

☐ Sí

☐ No. Excedo el límite de ingresos

☐ No. Otra razón. ¿Por qué?

PREFERENCIA DE CORREO ELECTRÓNICO:	
Comprendo que el correo electrónico no cifrado no es una forma segura de comunicación y que hay cierto riesgo de que la información contenida en mis correos electrónicos se envíe a una dirección errónea, o sea accedida o interceptada por terceros no autorizados. Solicito que Gundersen Health System me comunique información relativa a esta solicitud de asistencia financiera por correo electrónico. Comprendo que puedo revocar esta solicitud en cualquier momento.	☐ Sí ☐ No Dirección de correo electrónico:

PACIENTE O PARTE RESPONSABLE			
Por favor marque una casilla: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a			
Nombre completo *(nombre, 2.º nombre, apellido)*	Fecha de nacimiento *(MM/DD/AAAA)*		
Dirección	Ciudad	Estado	Cód. postal
Número telefónico:	Tamaño de la familia *(paciente, cónyuge y dependientes)*		
Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐Tiempo parcial ☐Independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado	Nombre del empleador:		
Fecha de contratación: (*MM/DD/AAAA)*	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Quincenal		¿Es usted dependiente en la declaración de impuestos de otro? ☐Sí ☐No **Si responde que sí, entregue la declaración de impuestos correspondiente a quien lo reclama a usted como dependiente.**
Desempleado: *(MM/DD/AAAA)* Ingreso bruto mensual Desde: Hasta: $	promedio:		SSI/SSDI mensual: $

CÓNYUGE (si corresponde)		
Nombre completo *(nombre, 2.º nombre, apellido)*	Fecha de nacimiento *(MM/DD/AAAA)*	Número telefónico:

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐Independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado	Nombre del empleador:

Fecha de contratación: (*MM/DD/AAAA)*	Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Quincenal	¿Es usted dependiente en la declaración de impuestos de otro? ☐Sí ☐No **Si responde que sí, entregue la declaración de impuestos correspondiente a quien lo reclama a usted como dependiente.**

Desempleado: (*MM/DD/AAAA)* Desde: Hasta:	Ingreso bruto mensual promedio: $	SSI/SSDI mensual: $

DEPENDIENTES (Si hay más de cuatro dependientes agregue otra página)

Nombre completo	**Parentesco**	**Fecha de nacimiento** *(MM/DD/AAAA)*	**Es dependiente en la declaración de impuestos**	
1.			☐ Sí	☐ No
2.			☐ Sí	☐ No
3.			☐ Sí	☐ No
4.			☐ Sí	☐ No

OTRO INGRESO MENSUAL (Por favor, adjunte copias de sus documentos para respaldar este ingreso)

Otros salarios	$	Ingreso por alquileres	$	Pensión alimenticia o manutención de hijos	$
Pensión	$	Ingreso por discapacidad	$	Desempleo	$
Ingresos varios	$	Beneficios para veteranos	$	Intereses o dividendos	$

AUTOMÓVIL/MOTOCICLETA/VEHÍCULOS RECREATIVOS (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

TIPO/MARCA/MODELO/AÑO	**PAGO MENSUAL**	**VALOR ESTIMADO**	**SALDO ADEUDADO**
	$	$	$

	$	$	$
	$	$	$

GASTOS PRINCIPALES: (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

TIPO	PAGO MENSUAL	VALOR ESTIMADO	SALDO ADEUDADO
Pago de alquiler	$	$	$
Vivienda principal	$	$	$
2.ª hipoteca	$	$	$
Vivienda/Terreno secundario o vacacional	$	$	$

☐ Ninguna. Explique por qué no paga alquiler ni hipoteca:

ACTIVOS (NO APLICA A LOS HOGARES CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES AL 200% DE LA ACTUAL PAUTA FEDERAL DE POBREZA)

Saldo en cuenta de cheques	$	Saldo en cuenta de ahorros	$
Acciones/Bonos/CD	$	Plan 401K/403B	$
Otros	$	Otros/HSA/FSA	$

LA FIRMA ES OBLIGATORIA PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información de ingresos/gastos que antecede es verdadera y correcta. Tenga presente que podemos comparar con su informe de crédito la información que usted proporcione. Comprendo que si proporciono a sabiendas información falsa en la solicitud, no seré elegible para asistencia financiera, que se revertirá la asistencia financiera que me hayan otorgado y que tendré la obligación de pagar las facturas médicas.

Firma del paciente o la parte responsable	**Fecha:**
Cónyuge (si corresponde)	**Fecha:**