



**Devuelva la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:**

Froedtert Health  
Patient Financial Services  
Attention: Patient Financial Services  
400 Woodland Prime Suite 103  
N74 W12501 Leatherwood Ct  
Menomonee Falls, WI 53051-4490  
(800)466-9670

**Devuelva la solicitud y la documentación necesaria en un plazo de 10 días.** No enviar la solicitud completa y todos los documentos de respaldo en un plazo de 10 días, puede dar lugar al rechazo de su solicitud. Envíe copias de los documentos. No envíe los documentos originales. Si no cuenta con alguno de los documentos de respaldo, use la sección de comentarios para explicar la razón por la que no se incluye.

Los siguientes documentos de respaldo deben enviarse para tramitar su solicitud:

- Si recibe discapacidad del seguro social o es mayor de 65 años de edad, incluya la reducción de gastos T19 con la fecha de elegibilidad y la cantidad en dólares. Si ha sido rechazado en el programa de reducción de gastos T19, proporcione copia de dicho rechazo.
- Una copia de su declaración de impuestos más reciente y los formularios W-2. Incluya el Anexo C de la declaración de impuestos si usted y/o su cónyuge trabajan por su cuenta.
- Constancia de ingresos. Si está casado(a), incluya la información de su cónyuge. Envíe dos comprobantes de pago actuales.
- Una copia reciente del estado de cuenta bancario, suyo y/o de su cónyuge, por cada cuenta en que aparezca alguno de los dos nombres.
- Una copia reciente del estado de cuenta, suyo y/o de su cónyuge, por cada inversión que incluya CD, acciones, bonos y rentas vitalicias.
- Si usted y/o su cónyuge están desempleados y reciben una compensación por desempleo, proporcione verificación de los beneficios por desempleo y los últimos comprobantes de su patrono anterior.
- Si usted y/o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de su familia o amigos, llene el formulario adjunto «Certificado de ingresos» como verificación de la forma en que satisface los gastos diarios.
- Si usted y/o su cónyuge reciben pagos de compensación laboral, beneficios del seguro social, beneficios por discapacidad, pagos de pensión, pensión alimenticia, manutención de menores, ayuda pública o beneficios para veteranos, presente la verificación de la cantidad por beneficios o un estado de cuenta bancario que demuestre el depósito directo de los ingresos.



Devuelva la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:  
 Froedtert Health  
 Patient Financial Services  
 Attention: Patient Financial Services  
 400 Woodland Prime Suite 103  
 N74 W12501 Leatherwood Ct  
 Menomonee Falls, WI 53051-4490

**Información del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Casa propia  Alquilada   
 ¿Otra propiedad a su nombre? Sí  No

Empleador \_\_\_\_\_

Medio tiempo:  Tiempo completo:   
 Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_ por  
 Hr  Sem  Mes  Año  (elija una)

Si está desempleado, última fecha laboral \_\_\_\_\_

¿Presentó su declaración de impuestos sobre la renta el año pasado?  
 Sí  No  Si la respuesta es sí, incluya una copia completa.

Estado civil: Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a legalmente  Divorciado/a

**Información del cónyuge (si corresponde)**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Casa propia  Alquilada   
 ¿Otra propiedad a su nombre? Sí  No

Empleador \_\_\_\_\_

Medio tiempo:  Tiempo completo:   
 Ingresos brutos \$ \_\_\_\_\_ por  
 Hr  Sem  Mes  Año  (elija una)

**Enumere los ingresos y activos suyos y de su cónyuge a continuación:**

**Paciente**

**Ingresos (mensual)**

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  
 Beneficios para veteranos \$ \_\_\_\_\_  
 Compensación para trabajadores lesionados \$ \_\_\_\_\_  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
 Intereses/dividendos \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_  
 Manutención de menores \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos por discapacidad \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_

**Activos**

Cuenta de ahorros para la salud/cuenta de gastos flexibles (FLEX) \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de servicio \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de ahorros/inversión de activos monetarios \$ \_\_\_\_\_  
 Acciones/bonos/rentas vitalicias/fideicomisos \$ \_\_\_\_\_  
 Certificados de depósito \$ \_\_\_\_\_

**Cónyuge (si corresponde)**

**Ingresos (mensual)**

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  
 Beneficios para veteranos \$ \_\_\_\_\_  
 Compensación para trabajadores lesionados \$ \_\_\_\_\_  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
 Intereses/dividendos \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_  
 Manutención de menores \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos por discapacidad \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_

**Activos**

Cuenta de ahorros para la salud/cuenta de gastos flexibles (FLEX) \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de servicio \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de ahorros/inversión de activos monetarios \$ \_\_\_\_\_  
 Acciones/bonos/rentas vitalicias/fideicomisos \$ \_\_\_\_\_  
 Certificados de depósito \$ \_\_\_\_\_

Dependientes. **Nota:** No se considerarán como dependientes aquellas personas mayores de 18 años, a menos que estén indicados como dependientes en la declaración de impuestos por ingresos. (Si tiene más de 4 dependientes, agregue una hoja aparte.)

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Información de accidentes (si sus servicios médicos son resultado de un accidente que involucra a terceros como responsables, proporcione información del accidente y del seguro):

Comentarios/Explicación de las circunstancias:

Certifico que la información anterior es completa y exacta. Por este medio autorizo a Froedtert Health y al Medical College of Wisconsin para divulgar la información necesaria para la verificación de declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Adicionalmente, por este medio autorizo la divulgación de información a Froedtert Health y al Medical College of Wisconsin para la verificación de declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Este consentimiento vence seis (6) meses después de la fecha de este documento. Este consentimiento se presenta de conformidad con el Artículo 146.81 de los Estatutos de Wisconsin.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Froedtert Health y el Medical College of Wisconsin se reservan el derecho de rechazar cualquier solicitud si se determina que la información ha sido falsificada, está incompleta o no cumple con la solicitud o con otros programas de asistencia. Todos los saldos de auto pago se convertirán en deuda del paciente. Si recibe un pago de una tercera persona en relación con los cargos médicos, usted acuerda informar inmediatamente a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin y pagar el saldo total. Cualquier descuento que se haya proporcionado anteriormente se revertirá. **Esta solicitud única se usará para establecer elegibilidad de ayuda financiera, tanto con Froedtert Health como con Medical College of Wisconsin, pero Froedtert Health y Medical College of Wisconsin establecen la elegibilidad de ayuda financiera de forma independiente.** El Medical College of Wisconsin (MCW) establece su elegibilidad de ayuda financiera por todos los costos médicos y profesionales, como decisión separada. Para obtener ayuda o si tiene preguntas relacionadas con la facturación de MCW, llame al (414)-955-4511 o llame sin costo al (800)-242-1649 extensión 5264. Froedtert Health establece su elegibilidad de ayuda financiera por todos los servicios de instalaciones y servicios auxiliares. Para obtener ayuda o si tiene preguntas relacionadas con la facturación de Froedtert Health, llame a servicios financieros para el paciente al (414)-805-5951 o llame sin costo al (800)-466-9670.*



**Sección de declaración de ingresos**

Si usted y/o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de su familia o amigos, llene esta sección de la solicitud como verificación de la forma en que satisface los gastos diarios.

**Esta sección debe llenarse, ya sea por el paciente que debe legalizar su firma, Q por la persona que ayuda en la manutención del paciente, ya sea proporcionándole alojamiento y alimentación, o dándole dinero para pagar los gastos diarios.**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Número de seguro social del paciente \_\_\_\_\_

**Persona que proporciona apoyo económico**

- Si llena esta sección es porque está proporcionando respaldo económico al paciente; firmar esta sección no lo responsabiliza legalmente para pagar las cuentas médicas de este paciente.
- Debe adjuntar copia de una identificación reciente con fotografía de la persona que proporciona el apoyo económico.

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que  
(Nombre de la persona que proporciona el respaldo económico)

actualmente contribuyo con \$ \_\_\_\_\_ mensualmente para los

gastos diarios de \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

Firma \_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que proporciona el respaldo)

Fecha \_\_\_\_\_

Q

**Paciente**

- La firma del paciente **DEBE** legalizarse.
- Debe adjuntar copia de una identificación reciente con fotografía.

Mis amigos o mi familia cubren mis gastos diarios.

Recibo \$ \_\_\_\_\_ cada mes

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Legalizado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_