



Devuelva la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:

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

Envíe la solicitud y documentación necesaria en cuanto sea posible.

No enviar la solicitud completa y toda la documentación de respaldo puede provocar la denegación de su solicitud. Envíe copias de la documentación; se las escaneará y destruirá.

No envíe los documentos originales. Se destruirán los documentos que no se necesiten. 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 procesar su solicitud:

- Si recibe asistencia por discapacidad del seguro social o es mayor a los 65 años, incluya la reducción de gastos T19 con la fecha de elegibilidad y la cantidad en dólares. Si le han denegado el programa de reducción de gastos T19, presente una copia de dicha denegación.
- Una copia de su declaración federal de impuestos más reciente y los formularios W-2, formularios de impuestos de la Cláusula C si usted o su cónyuge trabajan por su cuenta, y cualquier otro programa de impuestos presentado.
- Constancia de ingresos. Si está casado, incluya la información de su cónyuge. Envíe los comprobantes de pago actuales de un mes.
- Una copia reciente del estado de cuenta bancaria completo de cada cuenta en la que aparezca su nombre o el de su cónyuge, incluyendo el depósito directo o las tarjetas de débito. No se aceptará un resumen.
- Una copia reciente de su estado de cuenta o del de su cónyuge por cada inversión, incluyendo certificados de depósito (CD), acciones, bonos, rentas vitalicias y fideicomisos.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y reciben una indemnización por desempleo, presente una verificación de los beneficios por desempleo.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de su familia o amigos, ya sea en concepto de dinero o de alojamiento y comida, complete el formulario adjunto "Certificado de ingresos" como verificación de la forma en la que cubre los gastos diarios.
- Si usted o su cónyuge reciben pagos de indemnización por accidente 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
Attn: Financial Assistance Team
400 Woodland Prime Suite 103
N74 W12501 Leatherwood Ct
Menomonee Falls, WI 53051-4490

Información del paciente

Nombre
Fecha de nacimiento
Número del Seguro Social
Número de teléfono
Domicilio

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

Empleador

Tiempo parcial: Tiempo completo:

Ingresos brutos \$ por

Hora Semana Mes Año (elija una)

Si está desempleado, fecha del último empleo

¿Presentó su declaración de impuestos sobre la renta el año pasado?

Sí No Si lo hizo, incluya una copia completa. Si no, la última fecha de presentación

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

Información del cónyuge (si corresponde)

Nombre
Fecha de nacimiento
Número del Seguro Social
Número de teléfono
Domicilio

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

Empleador

Tiempo parcial: Tiempo completo:

Ingresos brutos \$ por

Hora Semana Mes Año (elija una)

Detalle sus ingresos y activos, y los de su cónyuge a continuación:

Paciente

Ingresos (mensual)

Seguro Social \$
Beneficios para veteranos \$
Indemnización por accidente laboral \$
Desempleo \$
Intereses/dividendos \$
Pensión alimenticia/manutención de menores \$
Pensión \$
Ingresos por discapacidad \$
Ingresos por alquiler de propiedades \$
Otro ingreso \$

Activos

Cuenta corriente \$
Caja de ahorros/mercado monetario \$
Acciones/bonos/rentas vitalicias/fideicomisos \$
Certificados de depósito \$

Cónyuge (si corresponde)

Ingresos (mensual)

Seguro Social \$
Beneficios para veteranos \$
Indemnización por accidente laboral \$
Desempleo \$
Intereses/dividendos \$
Pensión alimenticia/manutención de menores \$
Pensión \$
Ingresos por discapacidad \$
Ingresos por alquiler de propiedades \$
Otro ingreso \$

Activos

Cuenta corriente \$
Caja de ahorros/mercado monetario \$
Acciones/bonos/rentas vitalicias/fideicomisos \$
Certificados de depósito \$

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

Nombre	Vínculo	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, dé 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 a compartir la información necesaria para la verificación de declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Adicionalmente, por este medio autorizo la revelación 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 en 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 se ha falsificado la información, está incompleta o no cumple con la solicitud o incumple otros programas de beneficios. Todos los saldos de auto pago se convertirán en deuda del paciente. Si recibe un pago de una tercera persona relacionada con los cargos médicos, usted consiente en informar inmediatamente a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin y a pagar el saldo total. Cualquier descuento que se haya proporcionado anteriormente se revertirá. **Esta única solicitud se usará para establecer la elegibilidad para recibir ayuda financiera, tanto de Froedtert Health como de Medical College of Wisconsin.** Para obtener ayuda o hacer preguntas sobre su factura, llame a Froedtert y a Medical College of Wisconsin al (414) 805-5951 o al número gratis (800) 466-9670.*



Sección de verificación de ingresos

Si usted 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 completarla el paciente, que debe legalizar su firma, Q la persona que ayuda en la manutención del paciente, ya sea ofreciéndole alojamiento y comida o dándole dinero para pagar los gastos diarios.

Nombre del paciente _____

Número del 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 sobre el hecho que
(Nombre de la persona que ofrece el apoyo económico)

Actualmente contribuyo con \$ _____ mensualmente para los
gastos diarios de _____
(Nombre del paciente)

Firma _____ Fecha _____
(Firma de la persona que da el apoyo)

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 _____