



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
Teléfono: (800)803-8155
Fax: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Envíe la solicitud y documentación necesaria lo antes 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 escanearán y se destruirán. No envíe los documentos originales. Los documentos que no se necesiten se destruirán. 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.

Debe enviar los siguientes documentos de respaldo para procesar su solicitud:

- Si recibe asistencia del Seguro Social por discapacidad o tiene más de 65 años, incluya la fecha de elegibilidad del programa de deducibles de Medicaid y la cantidad. Si lo ha rechazado el programa de deducibles de Medicaid, presente una copia de la 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 son trabajadores autónomos, y cualquier otro anexo de impuestos presentado.
- Comprobante de ingresos. Si está casado, incluya la información de su cónyuge. Envíe los recibos de pago actuales de un mes.
- Una copia reciente del estado de cuenta bancaria completo de cada cuenta en 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 de su cónyuge por cada inversión, incluyendo certificados de depósito (CD), acciones, bonos, anualidades y fideicomisos.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y reciben un subsidio de desempleo, presente un comprobante de los beneficios por desempleo.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de familiares o amigos, **se trate de dinero o de alojamiento y comida, complete el formulario adjunto "Certificado de ingresos" como comprobante de la forma en que cubre los gastos diarios.**
- Si usted o su cónyuge reciben pagos de compensación de los trabajadores, beneficios del Seguro Social, beneficios por discapacidad, pagos de pensión, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda pública o beneficios para veteranos, presente el comprobante de la cantidad de los beneficios o un estado de cuenta bancaria que muestre el depósito directo de los ingresos.



ANEXO B (página 2 de 3)
 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
 Teléfono: (800)803-8155
 Fax: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Información del paciente

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____
 Teléfono _____
 Dirección: _____

Vivienda propia alquilada
 ¿Tiene otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elijá una)
 Si está desempleado, fecha del último empleo _____
 ¿Presentó su declaración federal de impuestos el año pasado?
 Sí No Si respondió Sí, incluya una copia completa. Si no, la última fecha de presentación _____
 Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado legalmente Divorciado

Información del cónyuge (si corresponde)

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____
 Teléfono _____
 Dirección: _____

Vivienda propia alquilada
 ¿Tiene otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elijá una)

Indique sus ingresos y activos, y los de su cónyuge, abajo:

Paciente
 Ingresos (mensual)
 Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Compensación de los trabajadores \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención de menores \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otros ingresos \$ _____
 Activos
 Cuenta de cheques \$ _____
 Cuenta de ahorro/mercado de dinero \$ _____
 Acciones/bonos/anualidades/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

Cónyuge (si corresponde)
 Ingresos (mensual)
 Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Compensación de los trabajadores \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención de menores \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otros ingresos \$ _____
 Activos
 Cuenta de cheques \$ _____
 Cuenta de ahorro/mercado de dinero \$ _____
 Acciones/bonos/anualidades/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

ANEXO B (página 3 de 3)

Dependientes. Nota: No se considerarán como dependientes las personas mayores de 18 años, a menos que se mencionen como dependientes en los impuestos. (Si tiene más de 4 dependientes, adjunte otra hoja).

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

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

Comentarios/explicación de las circunstancias:

Certifico que la información de arriba es completa y exacta. Por medio del presente autorizo a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin para que revele la información necesaria para la verificación de las declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Además, por medio del presente autorizo la revelación de información a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin para que verifiquen las declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Este consentimiento vence seis (6) meses desde la fecha de este. Este consentimiento se presenta según la Sección 146.81 de los Estatutos de Wisconsin.

Firma _____ Fecha _____

Froedtert Health y Medical College of Wisconsin se reservan el derecho a denegar cualquier solicitud si se determina que la información se falsificó, está incompleta o no cumple o no corresponde a otros programas de beneficios vigentes. Todos los saldos de pago por cuenta propia se convertirán en deuda del paciente. Si usted recibe un pago de un tercero relacionado con los gastos médicos, usted acepta informar inmediatamente a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin, y pagar el saldo total. Los descuentos que se hayan otorgado anteriormente se anularán. Esta única solicitud se usará para establecer la elegibilidad para recibir ayuda económica de Froedtert Health y de Medical College of Wisconsin. Para obtener ayuda o hacer preguntas sobre su factura, llame a Froedtert y a Medical College of Wisconsin al (800) 803-8155.