

Asistencia Financiera





Siga las instrucciones debajo para averiguar si califica.

Si usted ya recibe ayuda de un programa estatal (como las Estampillas de Alimentos o WIC), solo llene la página uno de la solicitud y envíela junto con pruebas de que usted recibe ayuda de uno de estos programas. Usted pudiese calificar para participación automática en nuestro programa. Asegúrese de firmar la última página de la solicitud.

Asegúrese de proporcionar la información completa de todas las personas que viven en su hogar, y complete las tres secciones en el lado derecho de esta solicitud. Si usted no proporciona la información completa, su solicitud no puede ser procesada. Toda la información es confidencial.

Nosotros podemos ayudarle si tiene preguntas acerca de esta solicitud.

- **Si usted está en el hospital, pregunte por uno de nuestros Asesores de Servicios Financieros.**
- **Si se encuentra en casa, llame al (608) 873-2257**

Notas Importantes

Los miembros de nuestro equipo pudiesen tratar de averiguar si usted califica para otros programas de asistencia federal o estatal antes de procesar su solicitud para Asistencia Financiera del Hospital de Stoughton.

La asistencia financiera está disponible solamente para servicios médicamente necesarios proporcionados por la Asociación del Hospital de Stoughton, como se detalla en la Póliza de Asistencia Financiera. Si usted desea saber más acerca de esta póliza, visite nuestra página web www.stoughtonhospital.com/fa.

Si usted tiene más preguntas acerca de sus cuentas, llame a nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes al (608) 873-2257.

*En el **Hospital de Stoughton**, nosotros entendemos que algunas veces nuestros pacientes no están en condiciones de pagar por los servicios médicos que necesitan. Nuestro Programa de Asistencia Comunitaria está diseñado para ayudar a aquellos que califiquen a cumplir con sus responsabilidades financieras por los servicios médicos que han recibido.*

Llene todas las tres (3) secciones

1. Solicitud de Asistencia Financiera

Llene el formulario adjunto completamente, recuerde firmar en la parte inferior de la página dos.

2. Constancia de Ingresos para todos los que viven en su hogar:

Envíe copias de todos los artículos enumerados debajo que apliquen:

- Declaración de impuestos del año pasado
- Si usted está empleado: un talonario de pago que muestre el ingreso total hasta la fecha O sus tres (3) últimos talonarios de pago
- Si usted trabaja independientemente: el balance general y el estado de pérdidas y ganancias
- Carta con la cantidad mensual de pensión
- Carta con la cantidad de ingreso por discapacidad
- Carta con la cantidad de ingresos del seguro social
- Prueba de ingresos por alquileres
- Prueba de ingresos por manutención infantil
- Prueba de ingresos por pensión conyugal
- Si usted NO tiene ingresos, una declaración escrita de la persona que le mantiene

3. Constancia de Ingresos y Bienes de cada una de las personas que viven en su hogar:

Envíe copias de todos los artículos enumerados debajo que apliquen:

- Extractos bancarios de los últimos tres (3) meses
- Extractos de inversiones (401K, IRA, inversiones, cuentas de ahorros para gastos médicos)



Solicitud de Asistencia Financiera

Razones por las cuales necesita ayuda para pagar su cuenta

Información del Paciente

Nombre _____ Teléfono _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ # Seguro Social _____ Estado Civil _____

Persona responsable por el pago

Nombre _____ Teléfono _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ # Seguro Social _____ Estado Civil _____

Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Cargo que Ocupa _____ Estado Laboral: FT PT Promedio Horas Semanales _____
(Tiempo Completo) (Medio Tiempo)

Segundo Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Cargo que Ocupa _____ Estado Laboral: FT PT Promedio Horas Semanales _____
(Tiempo Completo) (Medio Tiempo)

Otra información

Enumere todas las personas que viven en el hogar.

Nombre	Parentesco	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ingresos			
Fuente de Ingreso	Cantidad Recibida	Cada Cuánto lo Recibe	Beneficiario
Ingreso por Empleo			
Ingreso por Empleo			
Seguro Social			
Manutención Infantil/Conyugal			
Pensión/Comp/Desempleo			
Intereses/Dividendos			
Otros (Explique)			
Activos/Bienes			
Artículo	Balance en la Cuenta	Descripción	
Cuenta Corriente			
Cuenta de Ahorros			
Acciones/Bonos/CDs			
401(K)/IRA/ Cuentas de Ahorros Para Gastos Médicos)			
Vehículos (Marca y Modelo/Año)			
Vivienda (valor estimado)			
Otras Propiedades			
Total Activos/Bienes (Líneas 1-7)			
Gastos			
Artículo	Cantidad Total Debida	Pagos Mensuales	Descripción
Préstamo Hipotecario			
Renta (Pago Mensual)			
Utilidades(Elect, Agua, etc.)			
Cuentas Médicas			
Manutención Infantil/Conyugal			
Medicamentos Recetados			
Préstamos Bancarios (Auto)			
Préstamos Bancarios (Personal, Estudiantil, etc.)			
Seguro (Auto, Salud, etc.)			
Deudas a Tarjetas de Crédito			
Otros (Explique)			
Total Obligaciones (Líneas 1-11)			

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo certifico que de acuerdo con lo que se, toda la información es verdadera y correcta. Yo entiendo que el proporcionar cualquier reclamo, declaración o documento falso o engañoso o el ocultar los hechos materiales puede resultar en la cancelación inmediata de cualquier acuerdo previamente hecho. Yo por lo tanto concedo permiso al Hospital de Stoughton y a sus representantes a investigar la información contenida en este documento.

Yo también estoy de acuerdo en notificar al Hospital de Stoughton de cualquier cambio en mi situación financiera que pudiese impactar esta determinación.

(Firma de la persona quien llenó el formulario)

(Fecha)

(Firma de la persona quien llenó el formulario)

(Fecha)

Su solicitud completa y todos los documentos justificantes* pueden ser enviados vía:

Correo Postal:

Stoughton Hospital

Patient Financial Services

900 Ridge Street, Stoughton, WI 53589

Correo Electrónico:

stobilling1@stohosp.com

Fax:

(608) 873-2255

No envíe documentos
originales. Envíe solo copias.