



Adjunta encontrará una solicitud de asistencia financiera.

La asistencia financiera, motivada por la misión y los valores de Ascension Wisconsin, se encuentra disponible para los pacientes que cumplen los requisitos y no pueden pagar todos los gastos de atención médica o parte de ellos. Ascension Wisconsin ha establecido pautas de idoneidad para nuestro programa de asistencia financiera. La aprobación de la asistencia financiera se considerará para todos los pacientes que cumplan con los criterios del programa.

El programa de asistencia financiera debe ser su último recurso. Antes de que se pueda considerar la idoneidad para este programa, se deben agotar los pagos provenientes de todas las demás fuentes, como la solicitud de Medicaid u otros programas de asistencia pública.

Envíe la solicitud completa junto con la información necesaria de la lista de verificación adjunta en un plazo de 30 días. A fin de poder considerarlo para la asistencia financiera, deben proporcionarse todos los documentos enumerados en la lista de verificación.

Si no puede proporcionar la documentación solicitada, indique la(s) razón(es).

Dentro de los 45 días hábiles de haber recibido su solicitud completa, se enviará una carta de determinación para la asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a su oficina comercial local.

Atentamente,

Ascension Wisconsin

Ascension Wisconsin  
855 642 2455 opción 1

Ascension Medical Group  
Ascension Calumet Hospital  
Ascension Mercy Hospital  
Ascension St. Elizabeth Hospital  
866 832 1120 opción 1

Envíe la solicitud por correo  
a la siguiente dirección:  
Ascension St Michael's Hospital  
Attn: Financial Counseling  
900 Illinois Ave  
Stevens Point, WI 54481

## Lista de verificación de la documentación para recibir asistencia financiera

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| Nombre del paciente _____ | Fecha de nacimiento _____        |
| Dirección _____           |                                  |
| Ciudad _____              | Estado _____ Código postal _____ |
| Número de cuenta _____    | Número de cuenta _____           |
| Número de cuenta _____    | Número de cuenta _____           |

Debe enviar la siguiente información con su solicitud completa.

Adjunte una **copia** de su declaración de impuestos federales y estatales más reciente. Si no tiene una copia de sus impuestos, puede llamar al 800 829 1040 y seleccionar la opción para recibir una copia. Siga minuciosamente las instrucciones que se indican por teléfono. La copia se enviará sin cargo. Si no ha presentado declaraciones, complete el formulario 4506-T y envíelo junto con su solicitud de asistencia financiera.

Adjunte una **copia** de sus formularios W2 y 1099, cronogramas y anexos para el mismo año de la declaración de impuestos de cada empleador.

Adjunte una **copia** de sus dos últimos comprobantes de pago de cada empleador para los últimos para indicar las ganancias brutas.

Adjunte una **copia** de sus dos últimos estados de cuenta bancaria mensuales personales y comerciales para cada cuenta, incluidas todas las páginas en las que se muestren todas las transacciones.

Adjunte una **copia** de su carta de beneficios del Seguro Social.

Adjunte una **copia** de su documentación de cualquier compensación por desempleo que haya recibido en los últimos 12 meses. Puede llamar al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral al número 608.232.0678 o visitar <https://dwd.wi.gov/ui/> para solicitar una declaración.

Proporcione una **copia** de su carta de determinación de Medicaid de Wisconsin más reciente o comprobantes de que realizó la solicitud en el mercado de seguros médicos. Las primas deben estar pagas y al día; de lo contrario, es posible que se rechace esta solicitud.

Otro: \_\_\_\_\_

Firme y coloque la fecha en la solicitud de asistencia financiera adjunta.

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

N.º de historia clínica o fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (con código de área) \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Ha realizado alguna solicitud en otro Ascension Wisconsin recientemente? Sí      No

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_

Madre      Padre      Yo      Otro

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (con código de área) \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de los integrantes de la familia /Relación/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información demográfica**

Persona responsable

Cónyuge (si corresponde)

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección de la empresa \_\_\_\_\_

Dirección de la empresa \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Antigüedad en el empleo \_\_\_\_\_

Antigüedad en el empleo \_\_\_\_\_

Salario por hora \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_

Salario por hora \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_

**Fuentes de ingreso - Bruto mensual (sin deducción de impuestos)**

Con su solicitud debe proporcionar la documentación de TODOS los ingresos. Si no entrega la documentación, es posible que se rechace la asistencia financiera.

Persona responsable

Cónyuge (si corresponde)

Ingreso bruto mensual  
(antes de impuestos)

\$ \_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual  
(antes de impuestos)

\$ \_\_\_\_\_

Seguro social

\$ \_\_\_\_\_

Seguro social

\$ \_\_\_\_\_

Asistencia pública

\$ \_\_\_\_\_

Asistencia pública

\$ \_\_\_\_\_

Ingresos por arrendamiento

\$ \_\_\_\_\_

Ingresos por arrendamiento

\$ \_\_\_\_\_

Jubilación/Pensión

\$ \_\_\_\_\_

Jubilación/Pensión

\$ \_\_\_\_\_

Beneficios para  
veteranos de guerra

\$ \_\_\_\_\_

Beneficios para  
veteranos de guerra

\$ \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano de guerra o recibe  
beneficios para veteranos de guerra?

Sí

No

¿Es usted veterano de guerra o recibe  
beneficios para veteranos de guerra?

Sí

No

Compensación por desempleo/  
Indemnización laboral

\$ \_\_\_\_\_

Compensación por desempleo/  
Indemnización laboral

\$ \_\_\_\_\_

Desde

Hasta

\_\_\_\_\_

Desde

Hasta

\_\_\_\_\_

Pensión alimenticia

\$ \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia

\$ \_\_\_\_\_

Discapacidad

\$ \_\_\_\_\_

Discapacidad

\$ \_\_\_\_\_

Otro

\$ \_\_\_\_\_

Otro

\$ \_\_\_\_\_

Total

\$ \_\_\_\_\_

Total

\$ \_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual combinado TOTAL \$ \_\_\_\_\_

En caso de corresponder cero o sin ingresos, explique cómo solventa los gastos de mantenimiento: \_\_\_\_\_

**Bienes/Ahorros**

Cuenta(s) corriente(s)

Ubicación del banco:

Monto/Valor \$

Ubicación del banco:

Monto/Valor \$

Cuenta(s) de ahorros

Ubicación del banco:

Monto/Valor \$

Ubicación del banco:

Monto/Valor \$

**Gastos mensuales**

Hipoteca

Arrendamiento

Servicios públicos

Teléfono

Medicamentos

Cuidado de los niños

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Manutención  
de menores

Pensión alimenticia/  
Manutención

Impuestos sobre la  
propiedad inmobiliaria

Automóvil (Combustible/  
Reparaciones)

Seguro del automóvil

Seguro médico

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Préstamo para automóvil

Otro

Otro

Otro

Otro

Otro

\$

\$

\$

\$

\$

\$

TOTAL \$ \_\_\_\_\_

|                                          |                            |                 |                |
|------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| <b>Cuentas de crédito y otros gastos</b> | <i>Nombre del acreedor</i> | <i>Saldo \$</i> | <i>Pago \$</i> |
|                                          |                            |                 |                |
|                                          |                            |                 |                |
|                                          |                            |                 |                |
|                                          |                            |                 |                |
|                                          |                            |                 |                |
| <b>TOTAL \$</b> _____                    |                            |                 |                |

|                                                                                     |                            |                 |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| <b>Gastos médicos</b>                                                               | <i>Nombre del acreedor</i> | <i>Saldo \$</i> | <i>Pago \$</i> |
|                                                                                     |                            |                 |                |
|                                                                                     |                            |                 |                |
|                                                                                     |                            |                 |                |
|                                                                                     |                            |                 |                |
|                                                                                     |                            |                 |                |
| <b>TOTAL \$</b> _____                                                               |                            |                 |                |
| Gastos combinados TOTALES \$ _____ (mensuales, cuentas corrientes, médicos y otros) |                            |                 |                |

¿Ha solicitado algún programa asistencial del estado/condado/healthcare.gov?      ☐ Sí      ☐ No

En caso afirmativo, Programa \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_ Solicitud:    Aceptada    Rechazada    Pendiente \*\*Se requiere comprobante

Doy fe de que la información anterior es verídica, según mi leal saber y entender, y autorizo a Ascension Wisconsin a corroborar cualquier información para su uso confidencial para decidir sobre mi capacidad de pagar los servicios médicos. La declaración de información falsa anulará esta solicitud.

|                                 |          |       |
|---------------------------------|----------|-------|
| Firma de la persona responsable | Relación | Fecha |
|---------------------------------|----------|-------|

*Nota: Si no se adjunta toda la documentación requerida, es posible que no se considere la solicitud. Se puede solicitar información adicional luego de la revisión de la solicitud.*