

Vernon Memorial Healthcare, Inc.
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN PERSONAL		
Fecha de hoy:		Número del garante:
INFORMACIÓN PERSONAL DEL JEFE DE FAMILIA:		INFORMACIÓN PERSONAL DEL CÓNYUGE: (SI CORRESPONDE)
Primer nombre:		
Inicial del segundo nombre:		
Apellido:		
Fecha de nacimiento:		
Número de Seguro Social:		
Dirección, ciudad, estado, código postal:		
Nombre y dirección del empleador:		
<input type="checkbox"/> Jornada completa		<input type="checkbox"/> Jornada completa
<input type="checkbox"/> Jornada parcial		<input type="checkbox"/> Jornada parcial
<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado		<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado

DEPENDIENTES (SI HAY MÁS DE 6 DEPENDIENTES, UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO)

Nombre completo:	Vínculo:	Fecha de nacimiento:	

MARQUE A CONTINUACIÓN TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

Me he postulado o me postularé para recibir asistencia médica estatal o federal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - explicar el motivo:	
<input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio, o por servicios no cubiertos	
<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico, pero no en la fecha del servicio, o el servicio no estaba cubierto, o se aplicó al deducible	
<input type="checkbox"/> Fallecido sin sucesión	
<input type="checkbox"/> Exención religiosa (exención federal de la Affordable Care Act [Ley de Atención Médica Asequible])	

PROPORCIONE TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN:

<input type="checkbox"/> Declaración actual de impuestos federales	<input type="checkbox"/> Carta que describa su situación económica
--	--

<input type="checkbox"/> Estados de cuenta corriente y cuenta de ahorro del banco (incluya los últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/> Recibos de sueldo (incluya los 2 últimos)
<input type="checkbox"/> ¿Tiene seguro de salud? S N Si no lo tiene, deberá proporcionar prueba de aprobación o denegación de Wisconsin Medical Assistance (Medicaid) a menos que reúna los requisitos para la exención religiosa. Las preguntas pueden dirigirse a la persona indicada al final de esta solicitud.	

OTROS INGRESOS MENSUALES

Ingreso bruto ajustado: \$	Ingreso por alquiler: \$	Discapacidad a corto/largo plazo: \$	Seguro Social/SSI: \$
Pensión: \$	Compensación del trabajador: \$	Pensión alimenticia/Manutención de hijos: \$	Otro: \$
Beneficios para veteranos: \$	Intereses/dividendos \$		

ACTIVOS:

Saldo de cuenta corriente: \$	Saldo de cuenta de ahorros: \$
Acciones/bonos: \$	Otro IRA/CD/HSA/HRA: \$
401K: \$	

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información declarada en esta solicitud es verdadera y correcta. Cualquier información falsa contenida en esta solicitud puede ocasionar que se determine la denegación de la asistencia financiera.

Firma del paciente/tercero responsable:	Fecha:
--	--------

Las solicitudes y la documentación de respaldo pueden presentarse en el mostrador de inscripción en el vestíbulo principal de Vernon Memorial Hospital, o enviarse por correo postal a:

Vernon Memorial Healthcare-Patient Accounts
507 S. Main Street
Viroqua, WI 54665

Si tiene preguntas, llame al (608) 637-2101.