

## **Lista de Verificación Aplicación Para Solicitud de Asistencia Financiera**

Completando esta aplicación ayudará a Marshfield Clinic Health Systems, Inc. a determinar si usted es elegible para recibir atención médica sin costo, con descuento o si califica para otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por el cuidado de su salud.

Por favor complete, firme e indique la fecha, y regrese la solicitud dentro de los siguientes 14 días de haberla recibido.

- (Una segunda firma es requerida para parejas casadas aunque vivan separados, parejas en unión libre o no casadas viviendo juntos con un hijo en común.)
- No envíe originales.
- **Su aplicación requiere la siguiente información. Si no puede proveerla, indique la razón en la línea de comentario.**

### **Impuestos (aplica para todos los miembros adultos de la familia)**

- Su más reciente Declaración de Impuestos y más reciente Declaración de Impuestos en la cual usted haya sido reclamado como dependiente, si aplica, incluyendo:
  - Todas las formas W-2 y 1099 (incluyendo los W-2 asociados con la declaración de impuestos)
  - Todos los formularios presentados
  - Todos los anexos adicionales

Si no tiene copias de su declaración de impuestos más reciente, puede solicitar una transcripción llamando al **1-800-908-9946** o solicítela en línea a <http://www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript>.

Si usted no tiene que presentar la declaración de impuestos, complete la forma 4506T. Puede obtener esta forma en línea en <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506tez.pdf>.

- Sus formas W-2 y 1099 más recientes

Comentario \_\_\_\_\_

### **Salarios (aplica para todos los miembros adultos de la familia)**

- Sus más recientes recibos de nómina de cada empleador para el que usted haya trabajado en el año en curso
  - Debe mostrar las ganancias en lo que va del año (Y-T-D)
  - Obligatorio para cada adulto trabajando que sea miembro del hogar (incluyendo parejas casadas aunque estén separadas, pareja viviendo en unión libre en el hogar con un niño en común o adultos viviendo en el hogar si fueron declarados como dependientes)
- Para pago en efectivo – el empleador debe completar el formulario de verificación de salario

Comentario \_\_\_\_\_

### **Ingresos no salariales (aplica para todos los miembros adultos de la familia)**

- Estados de cuenta de fondos de jubilación, pensiones, 401K, anualidades
  - Solo aplica si el ingreso es recibido mensual o trimestralmente
- Acta de divorcio para verificación de manutención (pensión alimenticia)
- Verificación de manutención de menores e ingresos por adopción temporal
- Cartas de Aviso de Beneficios del Seguro Social, Compensación de Trabajadores y Discapacidad
- Ingresos tribales, ingresos por rentas, ingresos por intereses, dividendos o regalías
- Desempleo – para una copia impresa del acumulado a la fecha vaya al sitio <http://dwd.wisconsin.gov/uiben/online>
- Beneficios de veteranos
- Bienes o fideicomisos

Comentario \_\_\_\_\_

## Cuentas bancarias *(para el solicitante y el(la) esposo(a))*

- Cuentas de cheques y ahorros del(la) solicitante y esposo(a)
- Dos estados de cuenta bancarios más recientes para:
  - Cuentas corrientes o de cheques
  - Cuentas de ahorros
  - Tarjetas de depósito directo (aquellas utilizadas por el empleador para el depósito directo de su salario)
  - Cuentas clausuradas en los últimos dos meses
- Los estados de cuenta deben incluir:
  - Todas las páginas del estado de cuenta (si el estado de cuenta dice 1 de 3, todas las 3 páginas deben ser anexadas)
  - Nombres de los titulares de la cuenta
  - Número de cuenta
  - Retiros y depósitos (explicar todos los depósitos; por ejemplo: obsequio, dinero pagado de regreso a usted, etc.)
  - Balance final

Comentario \_\_\_\_\_

## Precio en efectivo de activos

- Informe indicando el valor en efectivo de la póliza de vida
- Informe indicando el valor de intereses y dividendos
- Estado de la cuenta de ahorros para salud (HSA) mostrando el balance acumulado
- Estado de cuenta mostrando el valor de acciones, bonos, fondos mutuales, certificados de depósito (CD), letras del tesoro y anualidades

Comentario \_\_\_\_\_

## Información de propiedades

- Balance actualizado del préstamo hipotecario mostrando el número de cuenta y nombres de los titulares
- Impuesto a la propiedad inmobiliaria actual indicando el precio justo del mercado de todas las propiedades que usted posee (esto incluye propiedades de por vida)
- Contrato de tierras (solo para vendedores)

Comentario \_\_\_\_\_

## Información de vehículos *(para todos los vehículos, incluyendo cuatrimotos (ATV), botes, motos de nieve, motocicletas, camperos y casas rodantes que sean de su propiedad)*

- Estado de cuenta o balance del préstamo

Comentario \_\_\_\_\_

## Otros programas

- Carta de aprobación o de negación de Asistencia Médica, Asistencia Pública, Ingreso suplementario de Seguridad (SSI) y Discapacidad del Seguro Social
- Carta de aprobación o de negación de beneficios tribales
- Las copias de documentos legales y de inmigración podrían ser requeridos para determinar quién le patrocina y la responsabilidad financiera; por ejemplo: la visa actual o vencida; tarjeta de residencia permanente

Comentario \_\_\_\_\_

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, puede contactarnos al 1-800-782-8581, ext. 9-4475.

Enviar por correo o entregar personalmente la solicitud de Asistencia financiera y los documentos requeridos a:

Marshfield Clinic Health System, Patient Assistance Center, 3Q4  
1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449

O por correo electrónico a: [PACCounselorShared@marshfieldclinic.org](mailto:PACCounselorShared@marshfieldclinic.org)

Autorizo a Marshfield Clinic Health System, Inc. y a sus entidades afiliadas a compartir mi información financiera en esta solicitud con el propósito de aplicar para asistencia con los gastos del cuidado de mi salud:

- Si, compartir  
 No compartir, yo quiero aplicar separadamente

Firma del paciente \_\_\_\_\_

## Solicitud de Asistencia Financiera

<b>Información demográfica</b>	Nombre del solicitante			Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Número de historia médica del solicitante		Ciudadano/a de USA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																										
	Ha sido usted declarado como dependiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si respondió sí, es su dirección primaria la misma de quien declara impuestos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																														
	Dirección				<input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Casa propia		Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____																											
	Ciudad		Estado		Código postal		Esposo/a		Número de historia médica del(la) esposo(a)																									
	Condado		<input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Ciudad de _____		Número telefónico: Hogar (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____																													
	Liste los nombres y proporcione la información de las demás personas que viven en su hogar																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Edad</th> <th>Relación</th> <th>Ingreso Mensual (Si tiene 18 años o más)</th> <th>Si respondió si, monto del ingreso mensual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Nombre	Edad	Relación	Ingreso Mensual (Si tiene 18 años o más)	Si respondió si, monto del ingreso mensual				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre	Edad	Relación	Ingreso Mensual (Si tiene 18 años o más)	Si respondió si, monto del ingreso mensual																														
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															

Nombre de su Centro de Atención Médica Primaria/Ubicación \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia: Marque (✓) todo lo que aplica.:  Solo con el balance actual  Con el balance actual y con cargos futuros  Individual  Toda la familia

	Solicitante		Espos(a) /Co-solicitante	
	Salario por hora \$	Horas trabajadas/semana	Salario por hora \$	Horas trabajadas/semana
Listar todos los empleos que ha tenido en el año en curso				
Tiempo en el empleo				
Seguridad Social	\$		\$	
Retiro/Pensión	\$		\$	
Beneficios de veteranos	\$		\$	
Incapacidad	\$		\$	
Desempleo	\$		\$	
Compensación a trabajadores	\$		\$	
Manutención de hijos menores	\$		\$	
Adopción temporal	\$		\$	
Ingresos por alquileres	\$		\$	
Intereses y dividendos percibidos	\$		\$	
Pensión alimenticia (mantenimiento)	\$		\$	
Herencias o fideicomisos	\$		\$	
Regalías	\$		\$	
Otros ingresos (especificar)	\$		\$	
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>		<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>

Vivienda y Otras Propiedades			
Dirección	Valor del mercado \$	Balance de préstamo \$	Pago mensual \$
Dirección	Valor del mercado \$	Balance de préstamo \$	Pago mensual \$

Vehículos (incluyendo cuatrimotos (ATV), botes, motos de nieve, motocicletas, camperos, casas rodantes u otros vehículos recreacionales.			
Año/Marca/Modelo/Millas	Valor \$	Balance de préstamo \$	Reserva de dominio
Año/Marca/Modelo/Millas	Valor \$	Balance de préstamo \$	Reserva de dominio
Año/Marca/Modelo/Millas	Valor \$	Balance de préstamo \$	Reserva de dominio
Año/Marca/Modelo/Millas	Valor \$	Balance de préstamo \$	Reserva de dominio

**Otros Activos**

Cuenta corriente bancaria \$ \_\_\_\_\_ Cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Inversiones \$ \_\_\_\_\_ Anualidades \$ \_\_\_\_\_

Valor en efectivo del seguro de vida \$ \_\_\_\_\_ Cuentas de ahorros para salud \$ \_\_\_\_\_

Otros (por ejemplo acciones, bonos, fondos mutuales, certificados de depósito, letras del tesoro, etc.) \_\_\_\_\_

Ha dado o cedido algunos de sus recursos o activos durante el último año:  No  Si, especificar \_\_\_\_\_

Beneficios de Seguros Médicos	Solicitante		Espos(a) /Co-solicitante	
		Efectivo desde		Efectivo desde
Seguro médico				
Medicare	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SeniorCare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SeniorCare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Part D	
BadgerCare/Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negado Si es sí, estado _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negado Si es sí, estado _____	
Le provee su empleador algún pago para cubrir sus gastos médicos/ de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Recibe ayuda alimenticia, de energía o de vivienda de acuerdo a sus ingresos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Está usted embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ha sido usted declarado/a discapacitado/a por la Administración del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Esta información es confidencial y es con el objetivo de revisar su situación inmediata.**

Entiendo que soy responsable/somos responsables de informar cualquier cambio en la información de esta solicitud (Ej.: matrimonio, divorcio, cambio de dirección, de ingresos o empleo) en 30 días. Yo certifico/Nosotros certificamos que la información anterior es correcta y voluntariamente les autorizo/autorizamos a obtener información relativa a mi/nuestra decisión. Yo entiendo/Nosotros entendemos que el incumplimiento con los requisitos de esta solicitud o de la política de asistencia financiera podría resultar en la negación de mi solicitud o la terminación de una actualmente aprobada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Seguro Social #

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo(a)/Co-solicitante  
(Una segunda firma es requerida para parejas casadas aunque vivan separados, parejas en unión libre o no casadas viviendo juntos con un hijo en común.)

\_\_\_\_\_  
Seguro Social #

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (mes/día/año)