



Lista de Verificación 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.

- Esto incluye completar la casilla de autorización para que Marshfield Clinic Health Systems, Inc. y sus entidades afiliadas compartan su información.
- No envíe documentos originales.
- **Su aplicación requiere la siguiente información.**

Declaración de Impuestos *(aplica para todos los miembros adultos del hogar)*

- 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/f4506t.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
- Cartas de Otorgamiento de Beneficios del Seguro Social, Compensación de Trabajadores, y Discapacidad
- Acta de divorcio para verificación de manutención de menores (pensión alimenticia)
- Verificación de manutención de menores e ingresos por adopción temporal
- Ingresos tribales, ingresos por rentas, ingresos por intereses, dividendos o regalías
- Desempleo – para obtener 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 (aplica para el(la) solicitante y el(la) esposo(a))

- Cuentas de cheques y ahorros del(la) solicitante y esposo(a)/co-aplicante
- Los 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 estar anexas)
 - Nombres de los titulares de la cuenta
 - Número de cuenta
 - Retiros y depósitos (explique cada depósito; por ejemplo, dinero pagado de regreso a usted, etc.)
 - Balance final

NOTA: Las impresiones del historial de transacciones no son aceptables ya que no proporcionan los detalles necesarios.

Comentario _____

Precio en efectivo de activos

- Informe indicando el valor ACTUAL en efectivo si tiene póliza de vida
- Informe indicando el valor de intereses y dividendos
- 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 (aplica 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 (**NOTA: El estado de cuenta debe incluir el nombre del titular 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 (NOTA: Todas las páginas de la carta deben ser incluidas)
- 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. 94475.

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

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

O por correo electrónico a: 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 solicitar ayuda con los gastos del cuidado de mi salud:

- Sí, compartir
 No compartir, yo quiero aplicar separadamente

Solicitud de Asistencia Financiera

Llene todos los espacios de la solicitud para asegurar que sea procesada a tiempo. Si alguna sección no aplica para usted, puede escribir "n/a" o trace una línea en dicha sección.

Firma del (la) paciente _____

Información demográfica	Nombre del solicitante		Teléfono		Fecha de nacimiento		Numero de historia médica del solicitante		
	Está siendo declarado como dependiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió sí, tiene la misma dirección de quien declara impuestos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano de USA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Residente permanente de USA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro _____		
	Dirección				Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Ciudad			Condado		Estado		Código Postal (ZIP)	
	¿El solicitante requiere asistencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de asistencia: <input type="checkbox"/> Saldo actual solamente <input type="checkbox"/> Saldo actual y cargos futuros								
	Liste los nombres de todas las personas que residen en su hogar y proporcione la información solicitada. Marque (✓) "Sí" para cada persona que solicita asistencia y "No" para cada persona que no solicita asistencia:								
Nombre		Fecha de nacimiento	Relación	Declarado como dependiente		Tiene ingresos, si es mayor de 18 años		Solicita asistencia	
				<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		<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		<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	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Es Marshfield Clinic Health System su institución para cuidados primarios: Sí No Si no lo es, nombre y localidad de su institución _____

	Solicitante		Espos(a)/Co-solicitante	
	Salario por hora \$	Horas trabajadas/semana	Salario por hora \$	Horas trabajadas/semana
Listar todas las compañías/empleadores que ha tenido en el año en curso				
Fechas de inicio y terminación de los trabajos (mes/día/año)				
Seguridad Social	\$		\$	
Retiro/Pensión	\$		\$	
Beneficios de veteranos	\$		\$	
Discapacidad	\$		\$	
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)	\$		\$	

Vivienda y otras propiedades a su nombre

Dirección	Valor del mercado \$	Balance de préstamo \$	Entidad hipotecaria
Dirección	Valor del mercado \$	Balance de préstamo \$	Entidad hipotecaria

Todos los vehículos (incluyendo cuatrimotos o ATVs, botes, motos de nieve, motocicletas, camperos, casas rodantes u otros vehículos recreacionales)

Año/Marca/Modelo	Valor \$	Balance de préstamo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, balance: \$	Entidad con reserva de dominio
Año/Marca/Modelo	Valor \$	Balance de préstamo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, balance: \$	Entidad con reserva de dominio
Año/Marca/Modelo	Valor \$	Balance de préstamo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, balance: \$	Entidad con reserva de dominio
Año/Marca/Modelo	Valor \$	Balance de préstamo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, balance: \$	Entidad con reserva de dominio

Otros activos

Cuenta corriente Sí No Cuenta de Ahorros: Sí No Inversiones: Sí No

Anualidades: Sí No Valor en efectivo del Seguro de Vida: Sí No Cuenta de Ahorros para salud: Sí No

Acciones: Sí No Bonos: Sí No Fondos Mutuales: Sí No

Certificados de depósito: Sí No Letras del tesoro: Sí No Otro: _____

Ha dado o cedido algunos de sus recursos o activos durante el último año: Sí No Especificar _____

Beneficios de Seguros Médicos	Solicitante		Espos(a) /Co-solicitante	
Seguro médico		Effective date		Effective date
Medicare	<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <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	
BadgerCare/Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negado Si es sí, estado _____		<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Recibe ayuda alimenticia, de energía o de vivienda de acuerdo a sus ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Está usted embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ha sido usted declarado/a discapacitado/a por la Administración del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Esta información es confidencial y el 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 espos(a)/Co-solicitante _____ Seguro Social # _____ Fecha de firma (mes/día/año) ____/____/____
 (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.)