

Beneficios de atención médica <i>Health Insurance Benefits</i>	Solicitante <i>Applicant</i>		Cónyuge/cosolicitante <i>Spouse/Co-applicant</i>	
Seguro <i>Insurance</i>		Fecha de vigencia <i>Effective date</i>		Fecha de vigencia <i>Effective date</i>
¿Tiene Medicare? <i>Do you have Medicare</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> SeniorCare SeniorCare <input type="checkbox"/> Parte A Part A <input type="checkbox"/> Parte B Part B <input type="checkbox"/> Parte C Part C <input type="checkbox"/> Parte D Parte D		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> SeniorCare SeniorCare <input type="checkbox"/> Parte A Part A <input type="checkbox"/> Parte B Part B <input type="checkbox"/> Parte C Part C <input type="checkbox"/> Parte D Parte D	
¿Tiene BadgerCare/ Medical Assistance? <i>Do you have BadgerCare/ Medical Assistance</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Denegada Denied En caso afirmativo, especifique _____ <i>If yes, state</i>		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> Denegada Denied En caso afirmativo, especifique _____ <i>If yes, state</i>	
¿Su empleador le paga un salario para que cubra sus gastos médicos/ de salud? <i>Does your employer provide you with a payment to cover your medical/ health expenses</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	
¿Recibe usted alimentos, asistencia con los costos eléctricos o de vivienda con base en sus ingresos? <i>Do you receive food share, energy assistance or income-based housing</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	
¿Está embarazada? <i>Are you pregnant</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	
¿Se le considera discapacitado a través de la Administración del Seguro Social? <i>Are you deemed disabled through the Social Security Administration</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	

Esta información es confidencial y se utiliza para revisar su situación inmediata.
This information is confidential and is for review of your immediate situation.

Entiendo que soy responsable de comunicar cualquier cambio en la información de mi solicitud (tal como: matrimonio, divorcio, dirección, ingresos o empleo) en un plazo de 30 días. Certifico/certificamos que los datos anteriores son correctos y doy voluntariamente autorización para obtener información relativa a mi decisión. Entiendo/entendemos que el incumplimiento de los requisitos de solicitud de la política de asistencia financiera puede resultar en la denegación de mi solicitud o que se cancele una aprobación existente.

I understand that I am responsible to report any changes to my application information (ex: marriage, divorce, address, income, or employment) within 30 days. I/We certify the above information is correct and voluntarily authorize you to obtain information relative to my decision. I/We understand that failure to comply with the application requirements of the financial assistance policy may result in denial of my application or the termination of an existing approval.

Firma
Signature

Número de seguro social
Social Security number

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes/día/año)
Signature date (month/day/year)

Firma del cónyuge/cosolicitante
Spouse/Co-applicant signature

Número de seguro social
Social Security number

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes/día/año)
Signature date (month/day/year)

(Para las parejas casadas, incluso si viven separadas, las parejas de hecho o las parejas no casadas que convivan y tengan un hijo en común, se requiere una segunda firma)
(A second signature is required for married couples even if living apart, domestic partnerships or unmarried couples living together with a child in common.)



Lista de verificación para la solicitud para asistencia financiera **Financial Assistance Application Checklist**

Completar esta solicitud ayudará a Marshfield Clinic Health Systems, Inc. a determinar si usted reúne los requisitos para recibir atención gratuita o con descuento o si reúne los requisitos para otros programas públicos que pueden proveer asistencia para pagar los costos de su atención médica.

Completing this application will assist Marshfield Clinic Health Systems, Inc. determine if you are eligible to receive free or discounted care or qualify for other public programs that can help pay for your health care.

Complete, firme, feche y devuelva la solicitud. / *Complete, sign, date and return application.*

- Esto incluye completar la casilla de autorización en la esquina superior derecha del formulario para que Marshfield Clinic Health Systems, Inc. y sus entidades afiliadas puedan compartir su información.
This includes completing the authorization box in the upper right corner of the form for Marshfield Clinic Health Systems, Inc. and their affiliated entities to share your information.
- Proporcione copias de la documentación justificativa requerida.
Provide copies of required supporting documentation.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, llámenos al 1-715-389-4475 o al 1-800-782-8581, ext. 9-4475.
If you have questions or need help completing the application, contact us at 1-715-389-4475 or 1-800-782-8581, ext. 9-4475.

Envíe por correo postal la solicitud de asistencia financiera una vez que la haya completado y las copias de la documentación requerida a:

Mail completed financial assistance application and copies of required documentation to:

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

O escanee y envíe por correo electrónico a: PACCounselorShared@marshfieldclinic.org

Or scan and email to: PACCounselorShared@marshfieldclinic.org

Impuestos (para todos los miembros adultos del hogar)/Taxes (for all adult household members)

- La declaración de impuestos federales más reciente y/o la declaración de impuestos federales más reciente en la que el solicitante fue reclamado como dependiente, si corresponde, incluyendo:
Most recent payroll stub for each employer you worked for in the current year and final payroll stub from all previous employers in current year:
 - Todos los formularios W-2 y 1099 (incluido el W-2 asociado con la declaración de impuestos)
All W-2 and 1099 forms (including the W-2 associated with the tax return)
 - Todos los anexos
All schedules
 - Todos los adjuntos adicionales
All additional attachments

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

*If you do not have a copy of your most recent tax return, you can request a transcript by calling **1-800-908-9946** or go online to <http://www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript>.*

Si no está obligado a presentar la declaración de impuestos, complete el formulario 4506T. Puede obtener este formulario en línea, visitando <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>.

If you are not required to file a tax return, complete a 4506T form. You can get this form online at <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>.

- Sus formularios W-2 y 1099 más recientes
Your most current W-2 and 1099 forms

Salarios (para todos los miembros adultos del hogar)/Wages (for all adult household members)

- El último recibo de nómina de cada empleador para el que haya trabajado en el año actual y el último recibo de nómina de todos los empleadores anteriores del año actual:
Most recent payroll stub for each employer you worked for in the current year and final payroll stub from all previous employers in current year:
 - Debe mostrar los ingresos del año hasta la fecha
Must show year-to-date earnings
 - Es obligatorio para cada miembro adulto del hogar que tenga un empleo (incluyendo parejas casadas, incluso si viven separadas, las parejas de hecho o las parejas no casadas que convivan y tengan un hijo en común o adultos que vivan en el hogar si son reclamados como dependientes)
Required for each adult working member in the household (including married couples even if living apart, significant others living in the household with a child in common, or adults living in the household if claimed as a dependent)
- Para el dinero en efectivo: complete un formulario de verificación salarial del empleador
For cash – complete an Employer Wage Verification form

Ingresos no devengados (para todos los miembros adultos del hogar) Unearned income (for all adult household members)

- Declaraciones de fondos de jubilación, pensiones, 401K, rentas vitalicias
Statements for retirement funds, pensions, 401K, annuities
 - Solamente si se reciben ingresos mensuales/trimestrales
Only applicable if monthly/quarterly income is received
- Cartas de adjudicación del Seguro Social, de compensación para trabajadores y de discapacidad
Award letters for Social Security, Workers' Compensation, and disability
- Sentencia de divorcio para la comprobación de la manutención (pensión alimenticia)
Divorce decree for verification of maintenance (alimony)
- Verificación de manutención de los hijos e ingresos por acogimiento familiar
Child support verification and foster care income
- Ingresos tribales, ingresos por alquileres, ingresos por intereses, dividendos y/o regalías
Tribal income, rental income, interest income, dividends, and/or royalties
- Desempleo: para imprimir los datos del año hasta la fecha, visite <http://dwd.wisconsin.gov/uiben/online>
Unemployment – for a year-to-date print out, go to <http://dwd.wisconsin.gov/uiben/online>
- Beneficios para veteranos
Veteran's benefits
- Patrimonio o fideicomiso
Estate or trust

Otros programas (no obligatorio)/Other programs (not required)

- Carta de aprobación o denegación de Asistencia médica, Asistencia pública, Seguridad de ingreso suplementario y Seguro social por incapacidad
Approval or denial letter from Medical Assistance, Public Assistance, Supplemental Security Income, and Social Security Disability
- Carta de aprobación o denegación de beneficios tribales
Approval or denial letter from Tribal Benefits
- Es posible que se soliciten copias de los documentos legales y de inmigración para determinar el patrocinio y la responsabilidad financiera; por ejemplo: visa actual o caducada; tarjeta de residencia permanente
Copies of legal and immigration documents may be requested to determine sponsorship and financial responsibility; for example: current or expired Visa; permanent resident card



Solicitud para asistencia financiera Financial Assistance Application

Complete todos los espacios en blanco de la solicitud para asegurar que se procese oportunamente. Escriba "n/a" o marque una línea en una sección si no es aplicable a usted.

Fill in all blanks on application to ensure timely processing. Enter "n/a" or draw a line through a section if it is not applicable to you.

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 asistencia para los costos de mi atención médica:
I authorize Marshfield Clinic Health System, Inc. and their affiliated entities to share my financial information in this application for the purpose of applying for assistance for my health care costs:

- Sí, puede compartir
Yes, share
- No quiero que compartan; quiero solicitarlo por separado
Do not share, I want to apply separately

Firma del paciente _____
Patient signature

Nombre del solicitante Applicant's name		Teléfono Phone	Fecha de nacimiento Date of birth	Número de historia clínica del solicitante Applicant's medical history number	
¿Alguien le reclama como dependiente? Are you claimed as a dependant: <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No		En caso afirmativo, ¿es su residencia principal la misma que la del declarante? If yes, is your primary residence the same at the tax filer: <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No			
Dirección Address			Estado civil/Marital status: <input type="checkbox"/> Casado/a Married <input type="checkbox"/> Soltero/a Single <input type="checkbox"/> Divorciado/a Divorced <input type="checkbox"/> Viudo/a Widowed <input type="checkbox"/> Otro Other _____		
Ciudad City	Condado County		Estado State	Código postal ZIP	
¿El solicitante solicita asistencia?: <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No Tipo de asistencia: <input type="checkbox"/> Solamente para el saldo existente Existing balance only <input type="checkbox"/> Saldo existente y gastos futuros Existing balance and future charges					
Liste los nombres y facilite la información de todas las demás personas que residen en su casa. Marque (✓) "sí" para cada persona que solicite asistencia y "no" para cada persona que no solicite asistencia: List the names and provide information for all others residing in your home. Check (✓) "yes" for each individual who is applying for assistance and "no" for each individual who is not applying for assistance:					
Nombre Name	Fecha de nacimiento Date of birth	Relación Relationship	Reclamado como dependiente Claimed as dependent	Ingresos si es mayor de 18 años Income if 18 years or older	Solicita asistencia Applying for assistance
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
			<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No

¿Marshfield Clinic Health System es su centro de atención primaria?: Sí Yes No No En caso negativo, indique el nombre/ubicación _____

Is Marshfield Clinic Health System your primary care facility: Yes No If no, list name/location

		Solicitante <i>Applicant</i>		Cónyuge/cosolicitante <i>Spouse/Co-applicant</i>	
Fuentes de ingresos: Bruto mensual (antes de impuestos) <i>Income Sources – Monthly Gross (Before Taxes)</i>	Liste todos los empleadores del año actual <i>List all employers for current year</i>				
	Fechas de inicio y fin del empleo <i>(mm/dd/aaaa)</i> <i>Start and end dates of employment (mm/dd/yyyy)</i>				
	Salarios <i>Wages</i>	Salario por hora \$ <i>Hourly wage</i>	Horas trabajadas por semana <i>Hours worked/week</i>	Salario por hora \$ <i>Hourly wage</i>	Horas trabajadas por semana <i>Hours worked/week</i>
	Seguro Social <i>Social Security</i>	\$		\$	
	Jubilación/pensión <i>Retirement/Pension</i>	\$		\$	
	Beneficios para veteranos <i>Veterans benefits</i>	\$		\$	
	Discapacidad <i>Disability</i>	\$		\$	
	Desempleo <i>Unemployment</i>	\$		\$	
	Compensación al trabajador <i>Workers Compensation</i>	\$		\$	
	Manutención de los hijos <i>Child support</i>	\$		\$	
	Ingresos por custodia temporal de un niño <i>Foster care</i>	\$		\$	
	Ingresos de alquileres <i>Rental income</i>	\$		\$	
	Ingresos por intereses y dividendos <i>Interest and dividend income</i>	\$		\$	
	Pensión alimenticia <i>Alimony (maintenance)</i>	\$		\$	
	Patrimonio o fideicomiso <i>Estate or trust</i>	\$		\$	
Regalías <i>Royalties</i>	\$		\$		
Otros ingresos (especifique) <i>Other income (specify)</i>	\$		\$		