



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Gracias por elegir Orthopaedic Hospital of Wisconsin para sus necesidades médicas. Expresó interés en solicitar el programa de ayuda financiera de Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Para ser considerado, nuestra oficina debe recibir los siguientes documentos:

- **Solicitud completa que incluya firma y fecha.**
- **Comprobante del ingreso mensual actual del paciente, garante y cónyuge, lo que incluye: empleo actual, manutención infantil, pensión alimenticia, seguro por desempleo, indemnización por accidentes y enfermedades laborales, seguro social, pensión, ingresos por jubilación, otros intereses y dividendos.**
- **Ingresos por alquiler de propiedades.**
- **Comprobante de ayuda del gobierno, como cupones para alimentos, vivienda subvencionada o Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, Women, Infants and Children).**
- **Copia completa de la declaración de impuestos estatal y federal más reciente y todos sus anexos.**
- **Copia actual de los estados de cuenta corriente y de ahorros con el saldo actual.**
- **Comprobante de activos actuales, como: certificados de depósito, títulos, seguro de vida y bienes raíces.**
- **Carta de declaración completa si recibe asistencia con los gastos básicos diarios.**

NO envíe documentación complementaria original.

No entregar una solicitud completa y la documentación complementaria solicitada antes de la fecha indicada tendrá como resultado la denegación inmediata.

La ayuda financiera no es un plan de seguro. La ayuda financiera puede ayudar con las facturas de Orthopaedic Hospital of Wisconsin de pacientes sin seguro. Negarse a solicitar los programas gubernamentales para los que califica tendrá como resultado la denegación inmediata de la ayuda financiera. Recibirá su determinación dentro de 10 días de recibir la solicitud de ayuda financiera completa y la documentación complementaria.

La ayuda financiera no cubre los siguientes servicios:

- **Deducibles o copagos del seguro.**
- **Cobros en litigio (procedimientos legales, tales como indemnización por accidentes y enfermedades laborales, accidentes automovilísticos, etc.).**
- **Grupos de facturación externos, tales como otros hospitales, clínicas, laboratorios, servicios médicos y transporte de ambulancia.**

Llame al 414 961-6803 si tiene alguna duda.



Solicitud de atención comunitaria Orthopaedic Hospital of Wisconsin

Para entregar información adicional de un familiar o empleo familiar, utilice el reverso de la solicitud

<u>El número de historia clínica y número de cuenta debe ser llenado por el personal del hospital</u>		Número de historia clínica:		Número de cuenta:	
Entregue la siguiente información de manera precisa y completa. La información está sujeta a verificación Debe completar todos los campos; si no corresponde, ingrese N/C					
Nombre del solicitante (Nombre, inicial segundo nombre, apellido):		Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	
Dirección		Números de teléfono:		Teléfono celular: ()	
		Hogar: ()		Trabajo: ()	
Ciudad/Estado/Código postal:		¿Tiene cobertura de un plan de seguro de salud? ☐ sí ☐ no			
		Nombre del seguro			
Si está casado, indique información sobre el cónyuge y todo hijo menor de edad		Fecha de nacimiento de cada uno:		N° de Seguro Soc.:	
1.				Relación con el paciente:	
2.					
3.					
Ingreso: Mensual (paciente y cónyuge si está casado) o padres si el solicitante es menor de edad		Indicar empleadores adicionales en el reverso			
Ingreso del hogar (antes de impuestos) (formulario W2 o 1099) Incluye ingresos por desempleo		\$		Empleador (solicitante) o padre (si es menor de edad)	
Ingreso por pensión, Seguro Social o discapacidad		\$		Número de teléfono	
Manutención infantil o pensión alimenticia recibida		\$		Fecha de contratación	
Adjuntar comprobante de manutención mensual				Fecha de término del empleo	
Ingreso por alquiler de propiedades		\$		Empleadores adicionales en un año calendario	
Ingreso por activos: Saldo en cuenta corriente y en cuenta de ahorros. No incluir saldo de cuentas de jubilación		\$		Número de teléfono	
Información de empleo del cónyuge		Número de teléfono		Fecha de contratación	
Fecha de contratación		Fecha de término del empleo		Información adicional de empleo del cónyuge por año calendario:	
				Número de teléfono	
				Fecha de término del empleo	

Certifico que la información entregada anteriormente es una declaración verdadera y precisa de mi información financiera. También certifico que no hay cobertura de seguro adicional para este paciente aparte de la que se indicó al momento del registro. Comprendo que entregar información falsa tendrá como resultado la denegación de mi solicitud de cualquier tipo de ayuda financiera a través de Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Si tengo derecho a cualquier medida o acuerdo de terceros pagaderos, tomaré las medidas necesarias o solicitadas por Orthopaedic Hospital of Wisconsin para obtener dichos reembolsos y cederé a Orthopaedic Hospital of Wisconsin y, luego de recibir, pagaré a Orthopaedic Hospital of Wisconsin todas las cantidades recuperadas hasta el total de la cantidad del saldo pendiente en mi factura. No solicitar dichos reembolsos o no seguir el proceso de solicitud y no tomar dichas medidas necesarias razonablemente o solicitadas por Orthopaedic Hospital of Wisconsin podría resultar en la denegación de esta solicitud. También autorizo a Orthopaedic Hospital of Wisconsin a revisar mi historial de crédito a través de una agencia de crédito, de ser necesario.

Se debe devolver la solicitud completa antes del _____ para que sea considerada.

Enviar a Orthopaedic Hospital of Wisconsin

475 W. River Woods Parkway

Glendale, WI 53212

ATTN: Chief Financial Officer

Las solicitudes incompletas podrían ser denegadas o enviadas de vuelta por falta de información

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha

Solo uso administrativo

Firma de quien autoriza

Fecha