

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

¡FAVOR DE LEER CON CUIDADO! Para procesar su solicitud debidamente, Ud. debe de enviarnos prueba de sus ingresos.

Observe que: Cualquier espacio dejado en blanco pudiera descalificarlo o demorar su solicitud.
Completar este formulario con una pluma.

Por favor adjunte los siguientes documentos requeridos:

- La declaración de Impuestos más reciente (Federal, Estatal y las formas W-2)
- Carta de su Situación Económica Tarjeta de Identificación

Favor de enviar la solicitud totalmente completa a: Froedtert Kenosha Clinic 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143-5082

Nombre de Contacto:

No. de Teléfono:

Fecha:

No. de Cuenta:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento
del Paciente:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código
Postal:

No. de Seguro Social:

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Nombre del Esposo(a):

Fecha de Nacimiento:

No. de Dependientes: _____

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del Dependiente:

Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO, INGRESOS, Y SEGURO (DEBEN LLENARSE TODAS LAS CASILLAS)

¿Está Ud. empleado actualmente? Sí No ¿Trabaja para usted mismo? Sí No

Paciente o Padres

Esposos o Padres

Empleador actual o más reciente			Empleador actual o más reciente		
Dirección	Tel		Dirección	Tel	
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de Supervisor	# de Teléfono		Nombre de Supervisor	# de Teléfono	
Ingreso Mensual Neto			Ingreso Mensual Neto		
Fecha Empleado: De _____ a _____ (Se requiere previo empleo si el plazo es corto)			Fecha Empleado: De _____ a _____ (Se requiere previo empleo si el plazo es corto)		

OTRO TIPO DE INGRESO (proveer el tipo y la cantidad)

- Pensión/ Manutención _____ Anualidad de Pensión _____ Seguro Social _____
- Compensación Laboral _____ Pensión de Veterano _____ Ingreso por Alquileres _____
- Compensación por Desempleo _____
- Otro _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVEIDA ES VERDADERA Y EXACTA, A MI LEAL SABER.

Doy permiso a que esta información sea divulgada a Froedtert South para verificación de esta declaración financiera.

Firma de Esposo/Padre/Esposa

Fecha

Representante Proveedor de Froedtert

Fecha

Cobertura y exclusiones de la política

La Solicitud de Asistencia Financiera es aplicable a todos los servicios de atención de emergencia y otros servicios de atención médicamente necesarios prestados por Froedtert South, incluidos los servicios de los médicos empleados. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago correspondientes a atención que no sea de emergencia ni, por otro medio, médicamente necesaria. Es posible que reciba facturas por separado de otros médicos o proveedores de atención médica por servicios o pruebas que estos hayan prestado mientras usted recibía atención en Froedtert South. Si tiene preguntas sobre estas facturas, por favor comuníquese con su oficina de facturación al número que figura en su estado de cuenta.