

## Instrucciones Para El Formulario De Solicitud De Asistencia Financiera/Caritativa

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también conocida como Asistencia Comunitaria) en Reedsburg Area Medical Center

Las regulaciones federales 501R requieren que todos los hospitales sin fines de lucro proporcionen asistencia financiera a personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para la atención gratuita o de precio reducido en base al tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si usted tiene seguro de salud. [Community Care | Reedsburg Area Medical Center Health \(ramchealth.com\)](https://www.ramchealth.com)

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios y clínicos apropiados proporcionados por RAMC, dependiendo de su elegibilidad. Puede que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud:** llame al 608-524-6487 y pregunte por los asesores financieros. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y el idioma.

**Para que su solicitud sea procesada, usted debe:**

- Facilitarnos información sobre su familia**  
Llenar el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas)
- Facilitarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Facilite la documentación sobre los ingresos de la familia**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firmar y poner la fecha a el formulario**

**Nota: No es necesario proporcionar el número del Seguro Social para solicitar la ayuda económica.** Si nos proporciona su número de Seguro Social ayudara a acelerar el trámite de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social marque "no aplicable" o "NA".

**Envíe la solicitud completa con toda la documentación a:**

Reedsburg Area Medical Center  
2000 N. Dewey Ave.  
Reedsburg, WI 53959

Asegúrese de guardar una copia para usted.

**Para entregar su solicitud completa en persona:** deje la solicitud complete con toda la documentación en la misma dirección, en el mostrador de registro principal.

Le notificaremos la determinación final de la elegibilidad y los derechos de apelación, si procede, en un plazo de 14 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de Asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

**Queremos ayudar. ¡Por favor, envíe su solicitud lo antes posible!**

**Puede recibir facturas hasta que recibamos su información. Los planes de pago existentes seguirán en vigor hasta que se haya completado la determinación de la elegibilidad**

## Formulario De Solicitud De Asistencia Financiera/Caritativa - Confidencial

*Por favor, llene toda la información completamente. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte paginas adicionales si es necesario.*

### INFORMACION DE REGISTRO

¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
¿Ha solicitado el paciente Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Quizá tenga que solicitarlo antes de ser considerado para asistencia financiera.</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como estampillas de comida o servicios básicos de apoyo asistencial? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
¿Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
¿La necesidad de atención medica del paciente está relacionada con un accidente de tráfico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

### NOTA

- No podemos garantizar que pueda calificar para la ayuda económica, aunque la solicite.
- Una vez que envié su solicitud, revisaremos toda la información y es posible que le pidamos información adicional o prueba de ingresos.
- En un plazo de 15 días hábiles a partir de recibir su solicitud y documentación completa, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir asistencia.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del Paciente (opcional*) <i>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</i>
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de Nacimiento Número del Seguro Social (opcional*) <i>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</i>
Dirección Postal _____		Número(s) de contacto principal (    ) _____ (    ) _____ Correo Electrónico: _____
Ciudad	Estado	Código Postal
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (Fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (cuanto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Empleo Propio</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Retirado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____ )		

### INFORMACION SOBRE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Adjunte una página adicional de ser necesario*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o Fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso bruto total (antes de impuestos):	Solicita también asistencia financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

**Deben declararse los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios   - Desempleo   - Trabajo por cuenta propia   - Indemnización por accidente de trabajo   - Discapacidad   - SSI
- Manutención de hijos/conyugue   - Programas de trabajo (estudiantes)   - Pensión   - Cuentas de jubilación   - Otros (*explique* \_\_\_\_\_)



## Formulario De Solicitud De Asistencia Caritativa/Financiera - Confidencial

### INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir prueba de ingresos con la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la asistencia financiera. **Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Por favor proporcione pruebas para cada fuente de ingreso identificadas. Cuanta más documentación nos facilite, con mayor exactitud podremos calcular cualquier posible descuento.**

**Algunos ejemplos de las pruebas de ingresos son:**

- Talones de pago actuales (los 3 más recientes); o
- Carta anual de SSA/SSI (Administración de la Seguridad Social/Seguridad de Ingreso Suplementario) o estado de cuenta bancario; o
- Declaraciones escritas y firmadas por los empleadores u otras personas; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo.
- Si no tiene pruebas de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

**NOTA:** La declaración de impuestos del año anterior, incluidos los anexos, si es necesario, puede solicitarse para una verificación adicional.

### INFORMACION SOBRE LOS GASTOS

*Utilizamos esta información para obtener una imagen más complete de su situación financiera*

Gastos mensuales del Hogar:

Renta/Hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de Seguro	\$ _____	Utilidades	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención, prestamos, medicamentos, otros)		

### INFORMACION SOBRE LOS BIENES

*Esta información puede utilizarse si sus ingresos superan 101% de las Directrices Federales de Pobreza*

Saldo Actual de la cuenta corriente \$ _____	¿Dispone su familia de estos otros bienes? <b>Por favor, marque todos lo que correspondan</b> <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de gastos médicos <input type="checkbox"/> Fideicomisos <input type="checkbox"/> Inmuebles (excluida la vivienda principal) <input type="checkbox"/> Propietario de un negocio
Saldo actual de la cuenta de ahorros \$ _____	

### INFORMACION ADICIONAL

Por Favor, adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

### ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Reedsburg Area Medical Center puede verificar la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha