



## Instrucciones Para El Formulario De Solicitud De Ayuda Financiera Comunitaria

Esta es una solicitud para asistencia financiera (también conocida como Atención 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 \(ramchealth.com\)](#)

**¿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 Ayuda Financiera Comunitaria - 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? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique el idioma preferido: \_\_\_\_\_
- ¿Ha solicitado el paciente Medicaid? ☐ Si ☐ No Quizá tenga que solicitarlo antes de ser considerado para asistencia financiera.
- ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como estampillas de comida o servicios básicos de apoyo asistencial? ☐ Si ☐ No
- ¿Está el paciente actualmente sin hogar? ☐ Si ☐ No
- ¿La necesidad de atención medica del paciente está relacionada con un accidente de tráfico o una lesión laboral? ☐ Si ☐ No

### NOTA

- No podemos garantizar que pueda calificar para la ayuda económica, aunque la solicite.
- Una vez que envíe 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<br><input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de Nacimiento         | Número del Seguro Social del Paciente (opcional*)<br><small>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</small> |                                                                                                                                                                   |
| Persona responsable del pago de la factura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Relación con el paciente    | Fecha de Nacimiento                                                                                                                                                            | Número del Seguro Social (opcional*)<br><small>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</small> |
| Dirección Postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             | Número(s) de contacto principal<br>( ) _____<br>( ) _____<br>Correo Electrónico: _____                                                                                         |                                                                                                                                                                   |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Estado                      | Código Postal                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                   |
| Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura<br><input type="checkbox"/> Empleado (Fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuanto tiempo desempleado: _____)<br><input type="checkbox"/> Empleo Propio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro ( _____ ) |                             |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                   |

### 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 Ayuda Financiera Comunitaria - 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  
\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros  
\$ \_\_\_\_\_

¿Dispone su familia de estos otros bienes?

**Por favor, marque todos lo que correspondan**

☐ Acciones ☐ Bonos ☐ 401K ☐ Cuenta(s) de gastos médicos ☐ Fideicomisos  
☐ Inmuebles (excluida la vivienda principal) ☐ Propietario de un negocio

### 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

## Document Metadata

|                          |                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Document Name:           | Community Care Application<br>(Spanish).docx                                        |
| Policy Number:           | LD                                                                                  |
| Original Location:       | /Reedsburg Area Medical<br>Center/DOCUMENTS IN SPANISH                              |
| Created on:              | 01/07/2021                                                                          |
| Published on:            | 07/23/2025                                                                          |
| Last Review on:          | 02/06/2025                                                                          |
| Next Review on:          | 02/06/2027                                                                          |
| Effective on:            | 01/07/2021                                                                          |
| Creator:                 | Becker, Tammy<br><i>Administrative Support Staff</i>                                |
| Committee / Policy Team: | Business Services/Revenue                                                           |
| Owner/SME:               | Frutiger, Peter<br><i>Director</i>                                                  |
| Description:             | Any time this document is updated it<br>also needs to be updated on the<br>website. |