

Vernon Health, Inc.
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de hoy:		Número del garante:
INFORMACIÓN PERSONAL DEL JEFE DE FAMILIA:		INFORMACIÓN PERSONAL DEL CÓNYUGE: (SI CORRESPONDE)
Primer nombre:		
Inicial del segundo nombre:		
Apellido:		
Fecha de nacimiento:		
Número de Seguro Social:		
Dirección, ciudad, estado, código postal:		
Nombre y dirección del empleador:		
☐ Jornada completa		☐ Jornada completa
☐ Jornada parcial		☐ Jornada parcial
☐ Trabajador autónomo ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado		☐ Trabajador autónomo ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado

DEPENDIENTES (SI HAY MÁS DE 6 DEPENDIENTES, UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO)

Nombre completo:	Vínculo:	Fecha de nacimiento:	

MARQUE A CONTINUACIÓN TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

Me he postulado o me postularé para recibir asistencia médica estatal o federal.

☐ Sí ☐ No - explicar el motivo:

☐ No - explicar el motivo:

- ☐ Tengo seguro médico, pero no en la fecha del servicio, o el servicio no estaba cubierto, o se aplicó al deducible
- ☐ Fallecido sin sucesión
- ☐ Exención religiosa (exención federal de la Affordable Care Act [Ley de Atención Médica Asequible])

PROPORCIONE TODOS LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN:

- | | |
|---|--|
| ☐ Declaración actual de impuestos federales | ☐ Carta que describa su situación económica |
| ☐ Estados de cuenta corriente y cuenta de ahorro del banco (incluya los últimos 3 meses) | ☐ Recibos de sueldo (incluya los 2 últimos) |

☐ ¿Tiene seguro de salud? S N Si no lo tiene, deberá proporcionar prueba de aprobación o denegación de Wisconsin Medical Assistance (Medicaid) a menos que reúna los requisitos para la exención religiosa. Las preguntas pueden dirigirse a la persona indicada al final de esta solicitud.

OTROS INGRESOS MENSUALES

Ingreso bruto ajustado: \$	Ingreso por alquiler: \$	Discapacidad a corto/largo plazo: \$	Seguro Social/SSI: \$
Pensión: \$	Compensación del trabajador: \$	Pensión alimenticia/Manutención de hijos: \$	Otro: \$
Beneficios para veteranos: \$	Intereses/dividendos \$		

ACTIVOS:

Saldo de cuenta corriente: \$	Saldo de cuenta de ahorros: \$
Acciones/bonos: \$	Otro IRA/CD/HSA/HRA: \$
401K: \$	

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información declarada en esta solicitud es verdadera y correcta. Cualquier información falsa contenida en esta solicitud puede ocasionar que se determine la denegación de la asistencia financiera.

Firma del paciente/tercero responsable:	Fecha:
--	---------------

Las solicitudes y la documentación de respaldo pueden presentarse en el mostrador de inscripción en el vestíbulo principal de Vernon Health Hospital, o enviarse por correo postal a:

Vernon Health-Patient Accounts
507 S. Main Street
Viroqua, WI 54665

Si tiene preguntas, llame al (608) 637-2101.