



Envíe la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:
Froedtert Health Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Team
400 Woodland Prime Suite 103
N74 W12501 Leatherwood Ct
Menomonee Falls, WI 53051-4490
Teléfono: (800) 466-9670
Fax: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Envíe la solicitud y documentación necesaria lo antes posible.

Si no envía la solicitud completada y toda la documentación de respaldo, es posible que se niegue la solicitud. Envíe copias de la documentación. Se escanearán y se destruirán. No envíe los documentos originales. Los documentos que no se necesiten se destruirán. Si no tiene alguno de los documentos de respaldo, use la sección de comentarios para explicar el motivo por el que no se incluye.

Debe enviar los siguientes documentos de respaldo para procesar su solicitud:

- Si recibe asistencia del Seguro Social por discapacidad o tiene más de 65 años, incluya la fecha de elegibilidad del programa de deducibles de Medicaid y la cantidad. Si el programa de deducibles de Medicaid lo ha rechazado, presente una copia de la denegación.
- Una copia de su declaración federal de impuestos más reciente y los formularios W-2, formularios de impuestos de la Cláusula C si usted o su cónyuge son trabajadores autónomos, y cualquier otro anexo de impuestos presentado.
- Comprobante de ingresos. Si está casado, incluya la información de su cónyuge. Envíe los recibos de pago actuales de un mes.
- Una copia reciente del estado de cuenta bancaria completo de cada cuenta en que aparezca su nombre o el de su cónyuge, incluyendo el depósito directo o las tarjetas de débito. No se aceptará un resumen.
- Una copia reciente de su estado de cuenta o del de su cónyuge por cada inversión, incluyendo certificados de depósito (CD), acciones, bonos, anualidades y fideicomisos.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y reciben una compensación por desempleo, presente un comprobante de los beneficios por desempleo.
- Si usted o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de familiares o amigos, se trate de dinero o de alojamiento y comida, complete el formulario adjunto "Certificado de ingresos" como comprobante de la forma en que cubre los gastos diarios.
- Si usted o su cónyuge reciben pagos de compensación de trabajadores, beneficios del Seguro Social, beneficios por discapacidad, pagos de pensión, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda pública o beneficios para veteranos, presente el comprobante de la cantidad de los beneficios o un estado de cuenta bancaria que demuestre el depósito directo de los ingresos.



Envíe la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:
 Froedtert Health Patient Financial Services
 Attn: Financial Assistance Team
 400 Woodland Prime Suite 103
 N74 W12501 Leatherwood Ct
 Menomonee Falls, WI 53051-4490
 Teléfono: (800) 466-9670
 Fax: (414) 777-1503
financial.assistance@froedtert.com

Información del paciente

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____
 Número de teléfono _____
 Dirección: _____

Vivienda propia Alquilada
 ¿Tiene otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elija una)
 Si está desempleado, fecha del último empleo ____
 ¿Presentó su declaración federal de impuestos el año pasado?
 Sí No Si lo hizo, incluya una copia completa. Si no, la última fecha de presentación _____
 Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a legalmente Divorciado/a

Información del cónyuge (si corresponde)

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____
 Número de teléfono _____
 Dirección: _____

Vivienda propia Alquilada
 ¿Tiene otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elija una)

Indique sus ingresos y activos, y los de su cónyuge abajo:

Paciente

Ingresos (mensual)

Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Compensación de trabajadores \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otros ingresos \$ _____

Activos

Cuenta corriente \$ _____
 Cuenta de ahorro/mercado de dinero \$ _____
 Acciones/bonos/anualidades/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

Cónyuge (si corresponde)

Ingresos (mensual)

Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Compensación de trabajadores \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otros ingresos \$ _____

Activos

Cuenta corriente \$ _____
 Cuenta de ahorro/mercado de dinero \$ _____
 Acciones/bonos/anualidades/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

Dependientes. **Nota:** No se considerarán como dependientes las personas mayores de 18 años, a menos que se mencionen como dependientes en los impuestos. (Si tiene más de 4 dependientes, adjunte otra hoja).

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Información de accidentes (si sus servicios médicos son resultado de un accidente que involucra a terceros como responsables, dé información del accidente y del seguro):

Comentarios/explicación de las circunstancias:

Certifico que la información de arriba es completa y exacta. Por medio del presente, autorizo a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin para que revele la información necesaria para la verificación de las declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Además, por medio del presente, autorizo la revelación de información a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin para que verifiquen las declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Este consentimiento vence seis (6) meses desde la fecha del mismo. Este consentimiento se presenta según el Artículo 146.81 de los Estatutos de Wisconsin.

Firma _____ Fecha _____

*Froedtert Health y el Medical College of Wisconsin se reservan el derecho a rechazar cualquier solicitud si se determina que la información se falsificó, está incompleta o no cumple o no corresponde a otros programas de beneficios vigentes. Todos los saldos de pago por cuenta propia se convertirán en deuda del paciente. Si recibe un pago de un tercero relacionado con los gastos médicos, usted acepta informar inmediatamente a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin, y pagar el saldo total. Los descuentos que se hayan otorgado anteriormente se anularán. **Esta única solicitud se usará para establecer la elegibilidad para recibir ayuda económica de Froedtert Health y de Medical College of Wisconsin.** Para obtener ayuda o hacer preguntas sobre su factura, llame a Froedtert y a Medical College of Wisconsin al (414) 805-5951 o al número gratis (800) 466-9670.*



Sección de comprobación de ingresos

Si su manutención o la de su cónyuge proviene de familiares o amigos, complete esta sección de la solicitud como comprobante de la forma en que cubre los gastos diarios.

Esta sección la debe completar el paciente, que debe certificar su firma con un notario, Q la persona que ayuda en la manutención del paciente, dándole alojamiento y comida o dinero para pagar los gastos diarios.

Nombre del paciente _____

Número de Seguro Social del paciente _____

Persona que da apoyo

- Si completa esta sección es porque da apoyo al paciente. Firmar esta sección no lo hace legalmente responsable de pagar las facturas médicas de este paciente.
- Se debe adjuntar una copia de una identificación actual con fotografía de la persona que da el apoyo.

Yo, _____ declaro que
(Nombre de la persona que da el apoyo)

actualmente contribuyo con \$ _____ mensualmente para los

gastos diarios de _____
(Nombre del paciente)

Firma _____
(Firma de la persona que da el apoyo)

Fecha _____

Q

Paciente

- La firma del paciente **DEBE** certificarse con un notario.
- Debe adjuntar una copia de una identificación actual con fotografía.

Mis amigos o familiares cubren mis gastos diarios.

Recibo \$ _____ cada mes

Firma del paciente _____

Fecha _____

Certificado por _____

Fecha _____