

REEDSBURG AREA MEDICAL CENTER

2000 North Dewey Avenue, Reedsburg, WI 53959 • 608-524-6487

Solicitud para Ayuda de Community Care

Por favor llene y regrésela a más tardar el: _____

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador/Teléfono: _____

Ocupación: _____

Seguro Médico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cónyuge: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador/Teléfono: _____

Ocupación: _____

Seguro Medico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dependientes (nombre y parentesco):

____ edad: _____ edad: _____
____ edad: _____ edad: _____
____ edad: _____ edad: _____
____ edad: _____ edad: _____

¿Es Estudiante? (marque con un círculo) Si No Tiempo Completo Medio Tiempo

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? (marque con un círculo) Si No

INGRESOS MENSUALES (MONTO TOTAL)*

Lugar de Empleo/Salario: _____

Compensación de Desempleo: _____

Compensación por Discapacidad: _____

Pensión o Jubilación: _____

Seguro Social: _____

Manutención de Menores: _____

Pagos de Asistencia Social (Welfare)/AFDC: _____

TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES: _____

***Nota:** La prueba de ingresos en la forma de su **Declaración de Impuestos Federales** más reciente y **su(s) talón(es) de cheque(s)** más reciente(s) debe(n) ser presentados con esta solicitud. Si es aplicable, también se necesita un **Estado de Cuenta Bancario** que refleje los depósitos directos del Seguro Social, también vamos a necesitar los pagos de Discapacidad a los Veteranos. Si no ha presentado impuestos en los 2 años previos, escriba "No hay impuestos presentados desde el (indique el año)"

Especifique cualquier razón por un cambio anticipado (aumento o reducción) del ingreso actual: _____

Si no tiene fuente de ingresos, por favor especifique con detalles como se mantiene usted mismo(a):

REEDSBURG AREA MEDICAL CENTER

2000 North Dewey Avenue, Reedsburg, WI 53959 • 608-524-6487

BIENES (INCLUYENDO LOS DE SU CÓNYUGE)

(Nombre del Banco)

(Balance)

Cuenta de Cheques: _____

Cuenta de Ahorros: _____

CD's, IRA's, 401K: _____

Propiedad (indique el tipo, ubicación, valor estimado en el mercado, saldo pendiente): _____

Vehículos (coches, camiones, caravanas, auto caravanas, barcos, vehículos de todo terreno (ATV), motos de nieve, motocicletas, moto todo terreno, etc.):

Tipo

Modelo/Año

Valor Aproximado

Saldo Pendiente

REEDSBURG AREA MEDICAL CENTER

2000 North Dewey Avenue, Reedsburg, WI 53959 • 608-524-6487

4

GASTOS MENSUALES*

Hipoteca/Renta (Marque con un círculo): _____

Segunda Hipoteca: _____

Comida: _____

Utilidades (calefacción, electricidad, agua, teléfono, cable): _____

Gastos de Vehículo (gasolina, reparaciones, préstamos, etc.): _____

Cuidado de los niños: _____

Pensión Alimenticia/Manutención a los niños: _____

Tarjetas De Crédito:

<i>Nombre</i>	<i>Pago Mensual</i>	<i>Saldo Pendiente</i>

Prima Del Seguro Médico: _____

Cuentas Médicas (Medicamentos, clínica, hospital, dental, etc. Escriba solamente la cantidad que paga de su bolsillo):

Otros Gastos: _____

TOTAL DE LOS GASTOS MENSUALES: _____

***Nota:** Toda deuda pendiente con un saldo de \$2,000 o más debe ser verificada por escrito. Los ejemplos incluirían una declaración del tenedor de la deuda o una copia de la facturación más reciente.

REEDSBURG AREA MEDICAL CENTER

2000 North Dewey Avenue, Reedsburg, WI 53959 • 608-524-6487

5

Por favor, indique cualquier información adicional que pueda tener relación con esta solicitud. Utilice la parte posterior de este formulario si se necesita más espacio.

Aviso al Solicitante:

Este programa es para el beneficio de nuestra comunidad. Por lo tanto, los residentes del área que son ciudadanos de los Estados Unidos tienen prioridad en la consideración de la aplicación. Para poder ser considerado para Community Care, deben agotarse todas las demás fuentes de pago (es decir, responsabilidad civil, seguro médico o formas de Asistencia Médica). Cualquier determinación de responsabilidad pendiente por un pagador tercero será excluida de la contraprestación hasta que se haga dicha determinación.

Esta información proporcionada a Reedsburg Area Medical Center se considera confidencial y se usará solamente para determinar la verificación de ingresos para los servicios proporcionados por esta facilidad. Yo afirmo que la información proporcionada es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento; Y autorizo a Reedsburg Area Medical Center para verificar cualquier información dada en esta solicitud en la determinación de mi elegibilidad para asistencia financiera. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de verificación dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de la solicitud dará como resultado la negación de mi solicitud. También entiendo que si la información que presento se determina que es falsa, el resultado será una negación de mi solicitud, y seré responsable del pago de los servicios proporcionados.

x _____ Fecha: _____
Paciente/Persona Responsable

REEDSBURG AREA MEDICAL CENTER

2000 North Dewey Avenue, Reedsburg, WI 53959 • 608-524-6487 Revisado 8/06