

Estimado solicitante:

La misión de Beloit Health System es ser líderes en servicios regionales de salud y bienestar que brinden valor y satisfacción de alta calidad a nuestros pacientes y a las comunidades a las que servimos. Beloit Health System tiene el firme compromiso de brindar servicios a quienes califican para ellos pero que no pueden pagarlos, y a aquellas personas que, por sus recursos limitados, les resulta muy difícil cubrir los gastos en los que incurren para recibir atención médica. Si usted califica para cuotas reducidas o planes de pago extendido, le pedimos que cumpla con los pagos establecidos.

Si requiere ayuda en el proceso de solicitud, llame al (608)364-5584, (608)364-5585 o, para larga distancia, 1-800-846-1150, y solicite ayuda a un consultor de crédito.

### Criterios de elegibilidad para ayuda financiera:

- Antes de que se le pueda conceder ayuda financiera, es necesario que usted haya intentado todas las otras fuentes de pago, como serían seguros, asistencia pública, litigios o responsabilidad civil de terceros.
- Se tomarán en cuenta sus ingresos familiares, en relación con las pautas de pobreza establecidas por el gobierno federal.
- Tendrá que declararnos cuáles son sus activos (por ejemplo, casa, cuentas bancarias, acciones, etc.).
- Deberá divulgar todas las dificultades financieras adicionales que tenga.
- Debe recibir atención médicamente necesaria, no electiva.
- Deberá consultar con uno de nuestros consultores de crédito de Beloit Health System.
- Su solicitud deberá recibirse en un plazo de 240 días a partir de la fecha del servicio.
- Deberá ser residente de nuestra área de servicio; pueden aplicarse ciertas exclusiones limitadas.

### Cómo solicitar ayuda financiera

Deberá llenar la solicitud de ayuda financiera en su totalidad. También deberá incluir lo siguiente:

- Copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta correspondiente al año fiscal más reciente, incluidos todos los anexos presentados con la declaración original.
- Copia de la información de ingresos más reciente de cada persona en el hogar, incluidos: los formularios W-2 del año pasado, los dos talones de cheque de nómina más recientes o una declaración de su empleador, Seguro Social, seguro de desempleo, jubilación, pensiones, pagos de manutención, etc.
- Si trabaja por cuenta propia, una copia de su declaración más reciente de impuestos federales sobre la renta y toda la documentación de apoyo.
- Copias de los estados financieros más recientes (cuenta de ahorros, cuenta de cheques, mercado monetario, IRA, 401k, corretaje, etc.).
- Copia de los beneficios de estampillas de alimentos o de asistencia de calefacción.
- Si el hogar recibe ayuda de familiares o amigos, una declaración de la parte que brinda la ayuda.
- Si tiene derecho a pagos por incapacidad del Seguro Social, deberá presentar documentación de que se está procesando la solicitud.
- Verificación de que ha presentado solicitudes a todos los recursos de carácter médico:
  - **Asistencia médica y planificación familiar**
    - Condado de Rock (888)794-5780
    - Condado de Winnebago (815)987-7620
  - **Programa de Bienestar de la Mujer de Wisconsin**  
Provee servicios de exámenes de salud preventivos a mujeres sin cobertura de seguro médico o con poca cobertura. 608-266-8311
- Documentación de rechazo y apelación de cualquier seguro de responsabilidad civil, si fue víctima de un accidente o ataque.
- Si es estudiante universitario, deberá proveer documentación de su estado actual como estudiante.

**Para que se consideren sus solicitudes, debe presentar todos los documentos indicados arriba.**

Entregue el formulario debidamente llenado y los documentos de apoyo a:

Beloit Health System  
Attention: Financial Counselors  
1969 West Hart Road  
Beloit, WI 53511

Gracias por su interés en el programa de ayuda financiera de Beloit Health System.

## FINANCIAL APPLICATION

|                                 |                     |                                 |                         |
|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------|
| APELLIDO DEL SOLICITANTE        | NOMBRE DEL PACIENTE | INICIAL                         | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| DOMICILIO                       | CIUDAD      ESTADO  | FECHA DE NACIMIENTO             |                         |
|                                 | CÓDIGO POSTAL       |                                 |                         |
| TELÉFONO (CASA)                 | TELÉFONO (OFICINA)  | TELÉFONO (CELULAR)              |                         |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | NOMBRE DEL CÓNYUGE  | FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE |                         |

INDIQUE EL NÚMERO DE LOS DEPENDIENTES QUE APARECEN EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS E IDENTIFIQUELOS: \_\_\_\_\_

### ESTADO FAMILIAR: INDIQUE TODOS LOS DEPENDIENTES QUE MANTIENE

| <u>NOMBRE</u> | <u>EDAD</u> | <u>PARENTESCO CON EL SOLICITANTE</u> |
|---------------|-------------|--------------------------------------|
|               |             |                                      |
|               |             |                                      |
|               |             |                                      |
|               |             |                                      |
|               |             |                                      |

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

| <u>SOLICITANTE</u>   | <u>CÓNYUGE</u>   |
|--|--|
| <b>SITUACIÓN DE EMPLEO: (MARQUE LA CASILLA)</b><br><input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TRABAJA POR CUENTA PROPIA<br><input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO _____<br><b>SI TIENE EMPLEO:</b><br>NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____<br>DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____<br>TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____<br>OCUPACIÓN: _____<br>FECHA DE CONTRATACIÓN: _____<br>SALARIO MENSUAL BRUTO: \$ _____<br><b>¿OFRECE EL EMPLEADOR UN SEGURO MÉDICO?</b><br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><b>EN CASO AFIRMATIVO, ¿RECIBIÓ ESTE SEGURO?</b><br><input type="checkbox"/> SÍ; ASEGURADORA _____ <input type="checkbox"/> NO<br>Prima mensual: \$ _____<br><b>SI NO RECIBIÓ ESTE SEGURO, INDIQUE POR QUÉ</b> | <b>SITUACIÓN DE EMPLEO: (MARQUE LA CASILLA)</b><br><input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TRABAJA POR CUENTA PROPIA<br><input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO _____<br><b>SI TIENE EMPLEO:</b><br>NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____<br>DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____<br>TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____<br>OCUPACIÓN: _____<br>FECHA DE CONTRATACIÓN: _____<br>SALARIO MENSUAL BRUTO: \$ _____<br><b>¿OFRECE EL EMPLEADOR UN SEGURO MÉDICO?</b><br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br><b>EN CASO AFIRMATIVO, ¿RECIBIÓ ESTE SEGURO?</b><br><input type="checkbox"/> SÍ; ASEGURADORA _____ <input type="checkbox"/> NO<br>Prima mensual: \$ _____<br><b>SI NO RECIBIÓ ESTE SEGURO, INDIQUE POR QUÉ</b> |
| <b>SI ESTÁ DESEMPLEADO:</b><br>FECHA DE DESEMPLEO _____<br>RAZÓN DEL DESEMPLEO _____   | <b>SI ESTÁ DESEMPLEADO:</b><br>FECHA DE DESEMPLEO _____<br>RAZÓN DEL DESEMPLEO _____   |

### INGRESOS MENSUALES: INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS EN FORMA MENSUAL \*

|                              |          |                       |          |
|------------------------------|----------|-----------------------|----------|
| SALARIO NETO DEL SOLICITANTE | \$ _____ | INDEMNIZACIÓN LABORAL | \$ _____ |
|------------------------------|----------|-----------------------|----------|

## FINANCIAL APPLICATION

|                          |    |                                   |    |
|--------------------------|----|-----------------------------------|----|
| SALARIO NETO DEL CÓNYUGE | \$ | SEGURO DE DESEMPLEO               | \$ |
| INGRESOS POR ALQUILER    | \$ | PAGA POR ENFERMEDAD O INCAPACIDAD | \$ |
| ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS | \$ | SEGURO SOCIAL                     | \$ |
| PENSIÓN O JUBILACIÓN     | \$ | PAGOS DE MANUTENCIÓN              | \$ |
| SSI/SSD                  | \$ | INTERESES Y DIVIDENDOS            | \$ |
| INGRESOS DE NEGOCIOS     | \$ | OTROS INGRESOS                    | \$ |

**\*Proporcione comprobante de ingresos.**

Si no tiene fuentes de ingresos, ¿cómo se ha mantenido? \_\_\_\_\_

| ACTIVOS  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| TIPO DE CUENTA   | NOMBRE DEL BANCO, INSTITUCIÓN DE AHORRO Y PRÉSTAMO O CUSTODIO | SALDO O VALOR ACTUAL |
| CHEQUES  |   | \$                   |
| AHORRO   |   | \$                   |
| CASA   |   | \$                   |
| SEGURO DE VIDA (VALOR EN EFECTIVO)                                       |   | \$                   |
| 401-K, IRA, TSA Y OTROS PLANES DE JUBILACIÓN                             |   | \$                   |
| ACCIONES, BONOS Y FONDOS MUTUOS (VALOR EN EFECTIVO)                      |   | \$                   |
| CERTIFICADOS DE DEPÓSITO   |   | \$                   |
| INMUEBLES DISTINTOS DE SU CASA (TERRENOS, PROPIEDADES EN ALQUILER, ETC.) |   | \$                   |
| EFFECTIVO DISPONIBLE (NO EN EL BANCO)                                    |   | \$                   |
| AUTOMÓVILES, BARCOS, VEHÍCULOS RECREATIVOS MOTORIZADOS                   | MARCA, MODELO Y AÑO   | \$<br>\$<br>\$       |
| OTROS ACTIVOS  |   | \$                   |

| GASTOS MENSUALES: Alquiler y préstamos                                      |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| GASTO   | SALDO PENDIENTE            | PAGO MENSUAL               |
| ALQUILER O HIPOTECA   | \$                         | \$                         |
| PRÉSTAMOS PARA AUTOMÓVIL  | \$                         | \$                         |
| OTROS PRÉSTAMOS   | \$                         | \$                         |
| OTROS GASTOS MENSUALES:   |                            |                            |
| MANUTENCIÓN DE HIJOS \$   | ALIMENTOS \$               | MEDICAMENTOS Y FARMACIA \$ |
| OTROS PAGOS ORDENADOS POR LA CORTE \$                                       | GASOLINA Y TRANSPORTE \$   | OTROS \$                   |
| SERVICIOS PÚBLICOS: GAS, COMBUSTIBLE, ELECTRICIDAD, ALCANTARILLADO, AGUA \$ | TELÉFONO FIJO Y CELULAR \$ | OTROS \$                   |
| PRIMAS DE SEGUROS \$  | GASTOS ESCOLARES \$        | OTROS \$                   |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE PROPORCIONAR PARA NUESTRA CONSIDERACIÓN:</b><br>adicionales si es necesario. | Adjunte hojas |
|   |               |
|   |               |
|   |               |

Al firmar al calce, usted certifica a Beloit Health System, en nombre de usted y de su hogar, que:

1. La información que ha provisto en esta solicitud es veraz, exacta y completa, a mi saber y entender.
2. Entiendo que puedo tener la obligación de presentar comprobantes de la información que presento.
3. Beloit Health System podrá obtener un informe personal de una agencia de crédito para verificar mis obligaciones financieras pendientes.
4. Ningún miembro de mi hogar tiene un seguro que pagaría una parte de cualquier obligación financiera que pudiéramos tener antes Beloit Health System; O hemos proporcionado toda la información relevante de seguros a Beloit Health System.

**Autorización de divulgación de información:** Autorizo a Beloit Health System que verifique toda la información provista con esta solicitud, incluso mediante comunicaciones con terceros en representación mía y de mi familia. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que Beloit Health System ya haya actuado basándose en ella. Entiendo que una fotocopia de esta autorización tiene el mismo efecto que el documento original.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)