

Solo para fines comerciales internos

For Internal Business Purposes Only

Application given to patient by: Name _____ Site/Location _____ Department _____

Financial Assistance Application

Aurora Health Care – Financial Assistance Program

P. O. Box 0909996

Milwaukee, WI 53209-09996

¡Estamos aquí para ayudar! Llámenos si tiene alguna pregunta mientras llena su solicitud y reúne sus documentos. Llámenos al 1-800-326-2250.

Envíe por correo la solicitud llenada a la siguiente dirección con toda la documentación requerida. **Por favor, escriba con letra clara y legible.**

PARTE 1 – Información general

Su nombre _____
 Nombre Segundo nombre Apellido Dirección de correo electrónico

Cónyuge _____
 Nombre Segundo nombre Apellido Dirección de correo electrónico

Dirección _____
 Número y calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Su No. de Seguro Social _____ Su fecha de nacimiento _____

No. de Seguro Social de cónyuge _____ Fecha de nacimiento de cónyuge _____

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN DEL NÚMERO 1 AL 5 A CONTINUACIÓN

1. TRABAJO ACTUALMENTE EN _____ **Pago por hora \$** _____

Ocupación/trabajo _____ Trabajo desde (fecha) _____ hasta _____

MI CÓNYUGE TRABAJA EN _____ **Pago por hora \$** _____

Ocupación/trabajo _____ Trabajo desde (fecha) _____ hasta _____

2. ACERCA DEL SEGURO (marque todas las que correspondan):

Yo Mi cónyuge

___ Mi empleador ofrece cobertura de seguro de salud y cuento con cobertura del plan

(Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta del seguro)

___ Mi empleador ofrece cobertura de seguro de salud, pero no me inscribí. Porque _____

(**Debe adjuntar una carta** del empleador indicando el costo total del seguro y el monto/porcentaje que contribuye hacia las primas del empleado).

___ Mi empleador no ofrece seguro de salud (**Debe adjuntar una carta** de su empleador que indique esto)

3. LISTA DE MIS EMPLEADORES ANTERIORES (SI HUBIESE ALGUNO) DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS HASTA MI EMPLEADOR ACTUAL

Empleador anterior _____ Trabajé desde (fecha) _____ hasta _____

(Use el reverso para incluir detalles adicionales del empleador)

4. NO TRABAJO MI CÓNYUGE NO TRABAJA

(Explique por qué no trabaja, incluyendo fechas, motivos, fecha hasta la que trabajó, etc.)

5. RECIBO BENEFICIOS DE DESEMPLEO DESDE _____ (FECHA) \$ _____ Monto del año hasta la fecha

MI CÓNYUGE RECIBE BENEFICIOS DE DESEMPLEO DESDE _____ \$ _____ Monto del año hasta la fecha

Para obtener información sobre beneficios: Comuníquese con la oficina de Seguro de Desempleo al 1-800-494-4944 o ingrese al sitio web de beneficios de desempleo de WI para obtener información actualizada <http://dwd.wisconsin.gov/uiben>

Parte 1-A	Mis dependientes	Nombre	Edad	Nombre	Edad
Dependientes (escriba el nombre y la edad de cada uno) _____					
Escriba los dependientes adicionales en el reverso _____					

PARTE 2 – Los ingresos familiares

Se requieren pruebas documentadas de todos los ingresos

Definición: Los ingresos incluyen todo el dinero que se recibe de cualquier fuente.

Definición: La fuentes de ingresos es de donde proviene el dinero o la persona que le paga ese dinero.

Ejemplos: el Seguro Social, los salarios que le paga el empleador, el empleador de su cónyuge, un fondo de jubilación, pagos de manutención conyugal, jubilación de distribución de fondos de inversión, pago por discapacidad, compensación por desempleo, etc.

Pregunta: ¿Y si no tuvo ningún ingreso durante el año?

Respuesta: Debe ingresar cero como su ingreso a continuación.

Si alguien lo apoya financieramente, llene nuestra parte 3 y haga que la firmen y legalicen.

INGRESO BRUTO TOTAL DEL AÑO PASADO: \$ _____

(Adjunte una copia de los impuestos federales, todas las páginas)

Para obtener copias de la información fiscal: comuníquese con la oficina del IRS llamando al 1-800-908-9946. Para solicitar una transcripción en línea, ingrese a www.irs.gov y escriba "Solicitar una transcripción" en el campo de búsqueda.

FUENTE DE INGRESOS DEL AÑO ACTUAL	MONTO BRUTO DEL AÑO HASTA LA FECHA
(Si es casado, debe ingresar la de ambos)	
_____ \$ _____	(Debe <u>adjuntar</u> pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)
_____ \$ _____	(Debe <u>adjuntar</u> pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)
_____ \$ _____	(Debe <u>adjuntar</u> pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)
_____ \$ _____	(Debe <u>adjuntar</u> pruebas de los ingresos del año hasta la fecha de cada fuente)

NOTA: Si es trabajador independiente, brinde su información de beneficios de trabajo independiente trimestrales.

Lista de verificación y certificación

Marque todas las que correspondan y luego firme abajo:

- Soy residente permanente de WI (se requerirá prueba de residencia si no se pueden validar los datos en la solicitud)
- Mis impuestos federales, todas las páginas, están adjuntos (OBLIGATORIOS). Si no lo están, indique el motivo _____
- Mis/nuestras boletas de pago más recientes están adjuntas. Si no lo están, indique el motivo _____
- Adjunté cartas de mi empleador o el de mi cónyuge que indican si ofrecen o no un seguro; si es así, indican cuál es el monto de la prima total y el monto de contribución del empleador.
- Adjunté mis documentos de desempleo, cuenta personal de jubilación (IRA), estado del Seguro Social, 401 K, jubilación, etc. y documentos de mis ingresos. Si no lo están, indique el motivo _____
- No tuve ningún ingreso durante el año y la Carta de Apoyo Financiero (Parte 3) fue firmada, legalizada e incluida.

Certifico según mi leal saber que la información brindada anteriormente es verdadera y exacta. Autorizo a Aurora Health Care a verificar cualquier información brindada en esta solicitud.

Nombre en letra imprenta y firma del paciente o parte responsable

Fecha

PARTE 3 - Carta de apoyo financiero

Debe ser llenada si alguien le brinda apoyo financiero. La persona que le brinda apoyo debe llenar esta parte.

Yo, _____ certifico que le brindo a (nombre del paciente) _____

el siguiente apoyo financiero cada mes: (indique cuál es el apoyo específico que le brinda, alimentos, calefacción, teléfono, vivienda, etc.)

I, _____ certify that I am providing (patient name) _____ With the following support each month: (List specific support provided, food, heat, telephone, shelter, etc.)

El costo mensual total del apoyo a esta persona es de \$ _____.

The total monthly cost of this support for this individual is \$ _____.

No pido ni espero que se me reembolse el costo mensual del apoyo a la persona mencionada aquí.

I do not ask or expect to be reimbursed for the monthly cost of this support from the individual named here.

Le brindo apoyo a esta persona porque: (indique el motivo por el que le brinda apoyo financiero a esta persona sin esperar el reembolso. Ejemplos: situación médica a corto plazo, discapacidad a largo plazo, desempleo, traslado, etc.)

I provide support to this individual because: (List the reason why you would provide financial support for this individual without the expectation of reimbursement. Examples: short-term medical situation, long-term disability, unemployment, relocation, etc.)

¿Cuánto tiempo le ha estado brindando a esta persona el apoyo descrito aquí? _____ (en meses)

How long have you been providing this individual the support described here? _____ (In months)

Esta persona no tiene otros medios de apoyo financiero, aparte de los que he descrito aquí. Certifico que toda la información que brindé es verdadera. Por lo tanto, autorizo a Aurora Health Care a verificar cualquier información que brindé.

This individual has no financial means of support other than the support that I have described here. I certify that all the information I provided is true. Therefore, I authorize Aurora Health Care to verify any information I provided.

Nombre de la persona que brinda apoyo _____

Supporter Name	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
	First	Middle	Last	Relationship to Applicant

Dirección _____

Address	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
	Number & Street	City	State	Zip Code	Phone Number

Firma de la persona que brinda apoyo: _____ Fecha: _____

Supporter's Signature: _____ Date: _____

Entiendo que mi firma no me hace responsable de las deudas de la persona a la que brindo apoyo financiero como declaré en esta carta.

I understand that my signature does not make me liable or responsible for the debts of the individual I support as stated in this letter.

Su firma debe ser validada por un notario público nombrado actualmente en el estado de Wisconsin. Ambos, la firma y el sello son obligatorios.

Your signature must be validated by a currently commissioned Notary Public in the State of Wisconsin. Both Signature and seal are required.

Attested before me on this _____ day of _____, 20____ at _____, County of _____, Wisconsin

Signature of Notary SEAL

My Commission Expires _____