



P.O. Box 22487, Green Bay, WI 54305-2487

COMMUNITY CARE APPLICATION
(Aplicacion de Cuidado Comunitario)

Guarantor Name _____
(Nombre del Garantor) Last (Apellido) First (Primer Nombre) MI (Inicial del segundo nombre)

Address _____ **City/State** _____ **Zip** _____
(Dirección) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Birth date _____ **Marital Status:** Married Single Life Partner Separated Divorced
(Fecha de Nacimiento) (Estatus Marital) (Casado) (Soltero) (Compañera) (Separado) (Divorciado)

Phone Number (Home) _____ **(Work)** _____ **(Cell)** _____
(Número de Teléfono) (Hogar) (Trabajo) (Celular)

Patient Name (if different than guarantor) _____ **Birth date** _____
(Nombre del Paciente) (si difiere del garantor) Last (Apellido) First (Primer Nombre) MI (Inicial del segundo nombre) (Fecha de Nacimiento)

Number of people living in your home _____ **Number of dependent children living in your home** _____
(Número de personas viviendo en su hogar) (Número de niños dependientes viviendo en su hogar)

Did you file Federal and State taxes for the previous year? Y N **Have you applied for BadgerCare?** Y N
(¿Registro usted impuestos estatales y federales del año anterior?) (¿Ha aplicado usted por BadgerCare?)

Guarantor Income (Ingreso del Garantor)

Are you currently employed? Y N **Employer** _____ **Start date** _____
(¿Esta trabajando actualmente?) (Empleador) (Fecha de Inicio)

Does your employer offer health insurance? Y N **Hourly Wage** _____ **Hours per week** _____
(¿Ofrece su empleador seguro médico?) (Salario por hora) (Horas por semana)

Are you a full-time student? Y N **Name of School** _____
(¿Es usted estudiante de tiempo completo?) (Nombre de la escuela)

Social Security/Disability \$ _____ **Pension \$** _____ **Unemployment Compensation \$** _____
(Seguro Social / Incapacidad) (Pensión) (Compensación por Desempleo)

Alimony/Maintenance \$ _____ **Child Support \$** _____ **Housing Allowance \$** _____
(Manutención/Mantenimiento) (Manutención de Menores) (Compensación de vivienda)

Interest Income \$ _____ **Rental Income \$** _____ **Other Income \$** _____
(Ingreso de Intereses) (Ingreso de Renta) (Otro ingreso)

If you have no source of income, how have you been supporting yourself? (Si usted no tiene ingresos, ¿cómo se ha podido mantener?) _____

Other Household Income (Otros Ingresos del Hogar)

Name _____ Relationship _____
 (Nombre) Last (Apellido) First (Primer Nombre) MI (Inicial del segundo nombre) (Relación)

Employer _____ Start date _____ Hourly Wage _____
 (Empleador) (Fecha de Inicio) (Salario por hora)

Hours per week _____ Are you a full-time student? Y N Name of school _____
 (Horas por semana) (¿Es usted estudiante de tiempo completo?) (Nombre de la escuela)

Social Security/Disability \$ _____ Pension \$ _____ Unemployment Compensation \$ _____
 (Seguro Social / Incapacidad) (Pensión) (Compensación por Desempleo)

Alimony/Maintenance \$ _____ Child Support \$ _____ Housing Allowance \$ _____
 (Manutención/Mantenimiento) (Manutención de Menores) (Compensación de vivienda)

Interest Income \$ _____ Rental Income \$ _____ Other Income \$ _____
 (Ingreso de Intereses) (Ingreso de Renta) (Otro ingreso)

Assets (Activos)

Checking account \$ _____ Savings account \$ _____ 401K \$ _____
 (Cuenta Corriente) (Cuenta de Ahorros) (401K)

Stocks or Bonds \$ _____ Certificates of deposit \$ _____ 403B \$ _____
 (Acciones o Bonos) (Depósitos a Plazo Fijo) (403B)

Pension Fund \$ _____ Annuities \$ _____ IRA \$ _____
 (Fondo de Pensión) (A anualidades) (IRA)

Do you own your home? Y N Fair market value \$ _____ Balance owed \$ _____
 (Es propietario (a) de su vivienda) (Valor justo del mercado) (Saldo a deber)

Do you own your own business? Y N Value \$ _____ Balance owed \$ _____
 (Es propietario (a) de un negocio) (Valor) (Saldo a deber)

Do you own other land or buildings? Y N Value \$ _____ Balance owed \$ _____
 (Es propietario (a) de terrenos o edificios) (Valor) (Saldo a deber)

Medical & Credit Card Debt (Deudas por Gastos Médicos y Deudas Con Tarjetas de Crédito)

Credit Card Debt (Deudas Con Tarjeta de Crédito) \$ _____ provide statements (Provea extractos)

Other Hospital Debt (Otras Deudas del Hospital) \$ _____ provide statements (Provea extractos)

I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. Further, I will make application for any assistance (Medicaid, Medicare, insurance, etc.), which may be applicable for payment of my hospital charge, and I will take any action reasonably necessary to obtain such assistance and will assign or pay to the hospital the amount recovered for hospital charges. If any information I have given proves to be untrue, I understand that the hospital may reevaluate my financial status and take whatever action becomes appropriate.

(Certifico que la información anteriormente presentada es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Asimismo, solicitaré todo tipo de ayuda tal como (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) disponibles para pagar mis gastos en el hospital. Tomaré todas las medidas razonables y necesarias para obtener dicha ayuda, y le asignaré y pagaré al hospital el monto recuperado para dichos gastos. Si cualquier dato o información que haya proporcionado se prueba que es falso, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que sea apropiada.)

Date of Request _____
 (Fecha de la Solicitud)

Applicant's Signature _____
 (Firma del Solicitante)