



Instrucciones para Completar la Solicitud de Cuidado Comunitario

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente.

Al completar la solicitud del Cuidado Comunitario le pedimos a usted que trace una línea en cualquier espacio que no pertenece a usted o a su familia. Asegúrese de completar todas las hojas, incluyendo la fecha y su firma. Después de recibir toda la información, su aplicación será evaluada y usted puede esperar una respuesta por escrito entre 3 semanas de los resultados de su solicitud. Si se necesita información adicional, se le enviara una declaración por escrito pidiendo información y se le pide su respuesta en 10 días laborales.

Toda la información a continuación se debe de incluir junto con la solicitud. Por favor proporcione copias de los siguientes artículos para usted/su esposo(a)/pareja:

- Los formularios de los impuestos federales/estatales más recientes
- Talones de cheques de empleo/o de desempleo (últimos 3 meses) o una declaración por escrito de su empleador de sus ingresos completos (últimos 3 meses)
- Formularios comprobando o negando el Desempleo, Compensaciones de Trabajadores o Asistencia del Departamento de Asistencia Pública
- Declaración anual de los beneficios del Seguro Social
- Declaraciones de cuentas bancarias de cheques y ahorros (últimos 3 meses). Las declaraciones mensuales deben estar completas con el nombre del banco o cooperativa de crédito, su nombre, incluyendo todas las páginas
- Documentación o verificación de otros programas tal como, pero no limitados al: WIC, Programa de Cupones de Alimentos de WI, Programa de Almuerzo Gratis/Reducido de WI, Asistencia para Hogares de Bajos Ingresos, Asistencia Energética para el Hogar

Su cooperación con Bellin Health es extremadamente importante en determinar su elegibilidad para asistencia financiera. Todos otros recursos de fondos deben ser considerados antes que sea disponible el Cuidado Comunitario. La falta de cooperación será causa para negar la asistencia financiera.

NOTA: ESTO NO SIGNIFICA QUE BELLIN HEALTH AJUSTARA CUENTAS CON OTRAS AGENCIAS O PROVEEDORES – POR FAVOR COMUNIQUESE CON ESAS OFICINAS

Por favor envíe la Solicitud de Cuidado Comunitario completada a:

Bellin Health Business Office
Attn: Community Care Specialists
PO Box 22487
Green Bay, WI 54305-2487

O puede traer los papeles a nuestra oficina al 617 S. Roosevelt St., Green Bay, WI
Lunes a viernes, de las 8 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde.

Si usted tiene preguntas, por favor llame al 920-433-3712,
o por fax al 920-593-2519, o por correo electrónico al patientfinanciam@bellin.org.

SOLICITUD DE CUIDADO COMUNITARIO

Por favor lea la carta de instrucción incluida con esta solicitud.

Nombre del Garante (persona que paga la factura) _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil: Casado Soltero Pareja Separado Divorciado Viudo/a

Nombre del Paciente (si difiere del garante) _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

¿Alguna de la información a continuación se aplica a usted? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan. **Por favor proporcione la documentación/verificación si marco SI a cualquiera de las declaraciones a continuación:**

- Sin hogar
- Referido a Bellin por un programa gratuito de la clínica

¿Está inscrito en alguno de los programas a continuación? **Por favor proporcione la documentación/verificación si marca SÍ en cualquiera de las opciones siguientes:**

- Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Programa de Participación en Alimentos de Wisconsin
- Programa de almuerzo gratuito/reducido de Wisconsin
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de asistencia energética para el hogar de Wisconsin (WHEAP)
- Subsidio de Vivienda

¿Registró sus impuestos federales y estatales del año anterior? Sí No

El tamaño total del hogar es determinado del número de individuos para quien el pagador de impuestos es permitido una deducción en sus impuestos federales. (Los ingresos de todos los individuos determinados en el tamaño del hogar).

¿Cuántos? _____

Ingreso total del hogar. (Los ingresos de todos los individuos determinados en el tamaño del hogar).

¿Cuánto? _____

Envíe toda la documentación de respaldo junto con esta solicitud a:

**Bellin Health Business Office
ATTN: Community Care Specialist
PO Box 22487
Green Bay, WI 54305-2487**

Ingreso del Garante (persona que paga la factura)¿Está trabajando actualmente? Sí No Empleador _____ Fecha de Inicio _____¿Está retirado? Sí No

Otros ingresos \$ _____

Otros ejemplos de ingresos (beneficios de Asuntos Veteranos, ingresos de fideicomiso, etc.) _____

Seguro Social \$ _____

Incapacidad \$ _____ Pensión \$ _____

Compensación por desempleo \$ _____ Quincenal Semanal MensualManutención/Mantenimiento \$ _____ Quincenal Semanal MensualManutención de Menores \$ _____ Quincenal Semanal Mensual¿Tiene una cuenta de Reembolso de Gastos, cuenta de ahorros para gastos médicos, cuenta de Gastos Flexible? Sí No

¿Cuánto hay en su cuenta(s)? _____

¿Tiene un programa de costos compartidos médicos? Sí No ¿Programa que pertenece? _____**Cónyuge/Compañero de vida**Nombre _____
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

Empleador _____ Fecha de Inicio _____

Fecha de nacimiento _____

¿Está retirado? Sí No

Seguro Social \$ _____

Incapacidad \$ _____ Pensión \$ _____

Compensación por Desempleo \$ _____ Quincenal Semanal MensualManutención/Mantenimiento \$ _____ Quincenal Semanal MensualManutención de Menores \$ _____ Quincenal Semanal Mensual

Otros ingresos \$ _____

Otros ejemplos de ingresos (beneficios de Asuntos Veteranos, ingresos de fideicomiso, etc.) _____

Certifico que la información anteriormente presentada es verdadera 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.

Fecha de la Solicitud _____ Firma del Solicitante _____