

333 Pine Ridge Blvd Wausau, WI 54401

715.847.2137 I FX 715.847.2367 I aspirus.org

 Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado(a)

Como su socio en el cuidado de la salud, Aspirus se, compromente a brinder atencion medica de calidad. Los pacientes que se encuentran en ciertas situaciones financieras, contames con un programa llamado Ayda Financiera de Aspirus - Community Care (Aspirus Ayuda Económica para el Cuidado en la Comunidad).

La Ayuda Económica Aspirus es un programa de Asistencia Financiera. No es un seguro de salud.La asistencia puede estar disponible hasta por 12 meses desde la fecha de su aprobación a menos que su situación financiera cambie. Usted puede ser responsable de una parte de su cuenta, y necesitara arreglar un plan de pagos para cualquier parte de su cuenta que no esté cubierta. La Ayuda Económica Aspirus puede no cubrir cargos de todos los doctores que lo trataron cuando usted estuvo en Aspirus, tales como el radiólogo, el patólogo o el anestesiólogo.

Para solicitar la Ayuda económica, por favor proporcione toda la información solicitada relativa a usted y a su situación. Por favor utilice la lista en la parte de atrás de esta carta como guía.

A los efectos de la participcion del NHSC en Rhinelander Clinic Behavioral Health Outpatient Services, Aspirus Iron River, Aspirus Ironwood, Aspirus Keweenaw y Aspirus Ontonagon, Pacientes Solicitar asistancia con los servicios en estas instalaciones no estan obligados a proporcianar activos informacion si sus ingresos estan por debajo del 200% del limite federal de pobreza, informacion de activos en la lista de verificacion y la aplicacion se representa con un asteristico (\*). Solicitar Medicaid se recomlenda para los servicios recibidos en las ubicaciones de NHSC.

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al (715) 847-2137 o al (800) 283-2881 ext. 72137.Usted recibirá una carta con respecto al resultado de su solicitud, incluyendo información sobre su aprobación o denegación.

 Complete la solicitud de divulgación Financiera. Favor de asegurarse que este firmada y con la fecha

 en la parte de atrás.Regrese la solicitud en un lapso de 10 días.

 Para ser considerado para la Ayuda económica Aspirus, usted debe de solicitar Asistencia Médica.

 Necesitará proporcionar la aprobación o denegación que reciba.

 Residentes de Wisconsin-Usted podrá solicitar Asistencia Médica poniéndose en contacto con el

 Departamento de Servicios Sociales de su condado o solicitar en línea enwww.access.wisconsin.gov.

 Residentes de Michigan-Para solicitar el plan Healthy Michigan en línea, vaya awww.mibridges.

 michigan.gov.También podrá solicitarlo por teléfono llamando al 1-855-789-5610 o en persona en la

 oficina de su Departamento de Servicios Humanos local.

 Copia de su declaración federal de impuestos del año pasado, incluyendo todos los horarios y

 archivos adjuntos.

 Copia de su carta de Beneficios de Seguro Social, pensión, beneficios VA, etc. Si su cheque es depósito

 directo, su estado de cuenta del banco será suficiente.

 Estados de cuenta del banco mostrando todos los depósitos y retiros detodaslas cuentas de banco

 (incluyendo HSA, Ahorros, Flex-spending, etc.) Favor de proporcionar los estados de cuenta de

 losúltimos 3 meses.

 El talón de pago más reciente de su trabajo actual y/o su ultimo talonario de pago de todos los

 trabajos que haya tenido este año, que muestre el ingreso del año hasta la fecha.

 Prueba de ingreso por desempleo.

 Si usted está empleado por su cuenta, deberá proporcionar la información del ingreso del año

 en curso. Esto incluye todo el ingreso que haya usted recibido y todos los gastos que usted hayapagado

 desde el principio de este año hasta la fecha actual. Si usted es dueño de su casa y/o de otra

 propiedad, deberá proporcionar su(s) más reciente(s) impuesto(s) de la propiedad.

 Si usted es dueño de su casa y/o de cualquier propiedad, deberá proporcionar su factura de

 impuestos más reciente.

 Si usted es dueño de su casa y/o de cualquier otra propiedad y tiene una hipoteca, deberá de

 proporcionar una copia de su declaración de hipoteca más reciente mostrando el saldo actual.

 Si es dueño de alguna propiedad que rente a otros, deberá incluir una copia de su contrato de

 arrendamiento o alquiler.

 Si usted está recibiendo o pagando manutención de los hijos o pensión alimenticia, deberá de

 proporcionar documentación de cuanto está usted recibiendo o pagando y con qué frecuencia.

 Si está usted legalmente separado, deberá de proporcionar documentación para verificación. Si usted

 no está legalmente separado deberá de incluir toda la información de su esposa, incluyendo ingreso y

 bienes.

 Si usted no tiene fuente de ingreso, está viviendo con alguien sin pagar renta, o está recibiendo

 cualquier otra ayuda financiera para gastos diarios de cualquier persona(s), usted deberá

 deproporcionar una carta de apoyo de esa(s) persona(s) que explique en qué forma lo está(n)

 ayudando.

 El ultimo estado de cuenta mensual/trimestral de sus cuentas de retiro a su nombre y/o a nombre de

 su esposa. Esto incluye las cuentas 401k/403b, IRA, anualidades, acciones o bonos.

 Declaraciones mostrando el valor en efectivo de un seguro de vida para aquellos que estén

 solicitando asistencia.

 Copia de todas las cartas de ayuda financiera/beca o concesión de subvenciones para aquellos que

 soliciten asistencia.

**Si falta cualquier información relacionada con usted, no podremos procesar su solicitud.**



**PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitud de Divulgación Financiera**

 **333 Pine Ridge Boulevard, Wausau, WI 54401 - P 715.847.2137 | F 715.847.2367 |aspirus.org**

Datos de su cónyuge si procede:

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_\_ Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:\_\_\_\_\_\_ #Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil (Circule uno): Soltero Casado Viudo Legalmente separado Divorciado

¿Hay alguien en su casa embarazada actualmente? Sí No

Si usted tiene más de 4 dependientes, por favor adjunte una hoja de papel por separado con toda la información.

Nombre(s) de los dependientes(s) Edad Parentesco Fecha de Nacimiento

**1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Una copia de la carta de aprobación o negativa para la asistencia médica deberá de ser proporcionada a todos los miembros de la familia que estén enlistados en esta solicitud a menos de que estén actualmente cubiertos por la asistencia médica. Vea la lista de verificación para saber en dónde se puede solicitar.**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo Parcial: \_\_\_\_\_\_ Tiempo Completo:\_\_\_\_\_\_ Tiempo Parcial:\_\_\_\_\_\_ Tiempo Completo:\_\_\_\_\_\_

Tel. Negocio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Negocio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingresos Brutos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos Brutos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hr\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hr\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta’ desempleado, haga una lista del desempleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hizo usted su declaración de impuestos el año pasado? Si No Si es si, incluya una copia completa

**¿Tiene usted algún ingreso o saldo de alguno de los conceptos abajo mencionados? (Circule SI o NO)**

*Por favor proporcione verificación de las cantidades en dólares enlistados.*

Seguro Social Si No $\_\_\_\_\_ Cuenta de Ahorros de Salud/Flex Si No $\_\_\_\_\_

Beneficios de Veteranos Si No $\_\_\_\_\_ Cuenta de cheques Si No $\_\_\_\_\_

Remuneración al Trabajador Desempleo Si No $\_\_\_\_\_ Cuenta de Ahorros/Mercado de Dinero Si No $\_\_\_\_\_

IRA/Roth IRA Si No $\_\_\_\_\_ Acciones/Bonos/Anualidades Si No $\_\_\_\_\_

Intereses/Dividendos Si No $\_\_\_\_\_ 401k/403b Si No $\_\_\_\_\_

Pensión alimenticia o Manutención Si No $\_\_\_\_\_ Otros ahorros Si No $\_\_\_\_\_

Pensión Si No $\_\_\_\_\_ Certificado de Depósito Si No $\_\_\_\_\_

Beca Si No $\_\_\_\_\_ Beca de Matrícula Si No $\_\_\_\_\_

Nombre de los Bancos: 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es usted dueño o renta el lugar de su residencia? Propietario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVOS/PROPIEDAD** | **Activo** | **Valor** | **Titular del gravamen** | **Saldo del Préstamo** | **Pago mensua** |
| **Vehículos de Motor, u otros Activos Coches,Camionetas, Vans,Botes, Motocicletas,ATV’s, Motos de Nieve,Trailer’s, Casa Móvil,etc.**(Adjunte una hoja por separado si es dueño de más de cuatro) | Año/Marca/Modelo | $ |  | $ | $ |
| Año/Marca/Modelo | $ |  | $ | $ |
| Año/Marca/Modelo | $ |  | $ | $ |
| Año/Marca/Modelo | $ |  | $ | $ |
| **Residencia Principal** | Dirección | Valor del Mercado$ |  | $ | $ |
| **Residencia Secundaria** | Dirección | Valor del Mercado$ |  | $ | $ |
| **Otra Propiedad** | Dirección | Valor del Mercado$ |  | $ | $ |

|  |
| --- |
| **Gastos Mensuales** |
| Renta/Hipoteca$ | Agua y Alcantarillado$ | Cuidado Infantil$ | Costos de Transportación$ | Seguro de la Propiedad$ | Impuestos de la Propiedad$ |
| Teléfono$ | Calefacción$ | Manutención de Menores /Pensión Alimenticia$ | Medicamentos$ | Seguro del automóvil$ | Especifique otro$ |
| Electricidad$ | Cable TV/Satélite$ | Alimentos$ | Seguro de Salud$ | Seguro de Vida$ | Seguro de vidavalor en efectivo(proporcione evidencia)$ |

|  |
| --- |
| **Otras Deudas: Por ejemplo: Prestamos, cuentas médicas, impuestos atrasados,embargo por impuestos, juicios, tarjetas de crédito.** |
| **NOMBRE DEL ACREEDOR** | **DIRECCIÓN** | **SALDO** | **PAGO** |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
|  |  | $ | $ |
| **Total Mensual** | $ |
| **Gran Total/Cuentas Mensuales, Otros Gastos, y Gastos Mensuales** | $ |

Otorgo permiso a Aspirus para compartir información contenida en esta solicitud con otras entidades o asociados afiliados a Aspirus si se solicita.

Certifico que toda la información es verdadera en la medida de mi conocimiento y otorgo permiso a Aspirus para verificar la información anterior y a correr un reporte de crédito.

Si tiene usted algún comentario adicional sobre su situación financiera actual, favor de explicarlos en una hoja por separado.

\*Omitir información o proporcionar información fraudulenta será causa de negativa permanente.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_