



333 Pine Ridge Blvd Wausau, WI 54401
715.847.2137 | FX 715.847.2367 | aspirus.org

Fecha _____

Estimado(a)

Como su socio en el cuidado de la salud, Aspirus se compromete a brindar atención médica de calidad. Los pacientes que se encuentran en ciertas situaciones financieras, contamos con un programa llamado Ayuda 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.

Al solicitar asistencia en un centro del NHSC, los pacientes no están obligados a proporcionar información sobre sus activos. La información sobre activos en la lista de verificación y en la solicitud está representada con un asterisco (*). Se recomienda solicitar Medicaid para los servicios recibidos en las ubicaciones del 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. Regresé 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 en www.access.wisconsin.gov.
- ☐ Residentes de Michigan-Para solicitar el plan Healthy Michigan en línea, vaya a www.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.
- ☐ Residentes de Minnesota – Para solicitar asistencia de Medicaid en línea visite mn.gov/dhs o comuníquese con su departamento local de salud y servicio humanos. Si necesita ayuda, llame al soporte del DHS al 800-657-3672. *
- ☐ 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 de todas las cuentas de banco (incluyendo HSA, Ahorros, Flex-spending, etc.) Favor de proporcionar los estados de cuenta de los últimos 3 meses.
- ☐ El talón de pago más reciente de su trabajo actual y/o su último 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 haya pagado 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 desproporcionar 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.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ASPIRUS

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

333 Pine Ridge Boulevard, Wausau, WI 54401
Teléfono: 715.847.2137 | Fax: 715.847.2367 |
aspirus.org

Paciente o persona responsable				
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Tamaño del grupo familiar (paciente, cónyuge, dependientes)		
Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Autónomo ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono		
Fecha de contratación (DD/MM/AAAA)	Puesto	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanalmente ☐ Por quincena ☐ Mensualmente ☐ Bimestralmente	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No	
Desempleado (DD/MM/AAAA) Desde: Hasta:		Ingresos brutos mensuales \$	SSI o SSDI mensual \$	
Cónyuge (si corresponde)				
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de teléfono
Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Autónomo ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Jubilado		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono		
Fecha de contratación (DD/MM/AAAA)	Puesto	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanalmente ☐ Por quincena ☐ Mensualmente ☐ Bimestralmente	¿Tiene reclamos en otra declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No	
Desempleado (DD/MM/AAAA) Desde: Hasta:		Ingresos brutos mensuales \$	SSI o SSDI mensual \$	
Otros ingresos mensuales (adjunte copias de los documentos que respalden este ingreso)				
Otros ingresos \$	Ingreso por discapacidad \$	Subsidio por desempleo \$	Intereses o dividendos \$	Pensión \$
Prestaciones para veteranos \$	Pasantías o becas \$	Ingresos por alquiler \$	Pensión alimenticia o manutención de los hijos \$	Compensación de trabajadores \$
Dependientes en el hogar				
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Declarado como dependiente en la última declaración de impuestos	
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No
			☐ Sí	☐ No

Información general			
¿Tiene seguro médico? ☐ Sí. En caso afirmativo, proporcione la información a continuación y una copia de la tarjeta de seguro ☐ No			
Nombre y dirección de la compañía de seguro		Número de póliza	
¿Solicitó asistencia médica federal o estatal? ☐ Sí ☐ No soy ciudadano de EE.UU.			
¿Declaró impuestos federales sobre los ingresos? ☐ Sí. Envíe las declaraciones de impuestos federales actuales y los anexos de respaldo (Incluya todos los anexos 1040, los anexos C, K y E si trabaja por cuenta propia) ☐ No. Explique los motivos:			
¿Es propietario o alquila su lugar de residencia? ☐ Propietario ☐ Alquilo ☐ Vivo con alguien (adjunte una carta de respaldo) Incluya una copia de los impuestos sobre la propiedad que muestren el valor justo de mercado de todas las propiedades que posee, así como una copia actualizada de su hipoteca.			
Gastos primarios			
Tipo	Pago mensual	Valor estimado	Saldo impago
Pago de alquiler	\$	\$	\$
Vivienda principal	\$	\$	\$
2ª hipoteca	\$	\$	\$
Vivienda secundaria, casa de vacaciones o terreno	\$	\$	\$
☐ Ninguno. Explique por qué no tiene renta o hipoteca			
Activos			
Comprobación de saldo	\$	Saldo de ahorro	\$
Acciones o bonos	\$	CD o Certificados de acciones	\$
401K	\$	Cuenta de jubilación individual (IRA)	\$
403b	\$	Otras cuentas HSA/FSA	\$
Seguro de vida con valor en efectivo	\$		

CERTIFICACIÓN: Entiendo que, si de manera consciente omito información o proporciono información fraudulenta en la solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera y la asistencia financiera que se me otorgó se puede revocar y seré responsable de los gastos médicos. Le doy permiso a Aspirus para compartir la información detallada en esta solicitud con otras entidades o socios afiliados de Aspirus si así lo solicitan. Declaro que toda la información es veraz a mi leal saber y entender y doy permiso a Aspirus para verificar la información anterior y ejecutar un informe de crédito.

SE REQUIERE UNA FIRMA PARA QUE SE PROCESE LA SOLICITUD	
Firma del paciente o persona responsable	Fecha
Cónyuge (si corresponde)	Fecha