



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 necesitará 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 Divulgación Financiera

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE

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

Nombre _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____
Seguro Social: _____
Datos de su cónyuge si procede:
Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
#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.

Table with 4 columns: Nombre(s) de los dependientes(s), Edad, Parentesco, Fecha de Nacimiento. Rows 1-4.

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: _____
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.

Table with 4 columns: Concepto, Si, No, \$, Concepto, Si, No, \$. Rows: Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Remuneración al Trabajador Desempleo, IRA/Roth IRA, Intereses/Dividendos, Pensión alimenticia o Manutención, Pensión, Beca, Beca de Matrícula.

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 mensual
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 vida valor 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: _____