



Estimado/a Paciente:

Junto con esta carta le enviamos una solicitud para asistencia financiera. Esta solicitud está diseñada para asistir a los pacientes de Dean que están experimentando dificultades para pagar sus gastos médicos en el Sistema de Salud Dean.

Una persona de Servicios Comunitarios de Dean le ayudará a determinar si existen programas de asistencia pública para los cuales usted podría ser elegible, y si es así, le ayudaremos a postular a esos programas o le indicaremos como puede postular. Si usted no es elegible para asistencia pública, el personal de Servicios Comunitarios revisará su situación individual para determinar si es posible establecer arreglos de pago razonables, o si usted califica para recibir asistencia por medio de nuestro Programa de "Comunita Caree".

Nuestro Programa de "Comunita Caree" está diseñado para las personas con enfermedades agudas. No es un programa que pueda entregar asistencia en forma continua. *No está diseñado como una alternativa a la cobertura de un seguro médico o de los programas de asistencia del gobierno.* El programa considera los servicios entregados por el Sistema de Salud Dean y **no cubre** lo siguiente:

- Costos de estadía en el hospital
- Costos del Centro de Cirugía y Cuidado Ambulatorio
- Gastos farmacéuticos
- Compras en la óptica (*anteojos, lentes de contacto, etc.*)
- Audífonos para la audición o equipo médico.

INSTRUCCIONES IMPORTANTES: Para poder determinar los programas para los cuales usted podría calificar y para ayudarle a postular a ellos, necesitamos que llene la solicitud adjunta completamente. **ADEMÁS**, debemos recibir copias de los siguientes documentos para poder procesar su solicitud:

- TALONES DE CHEQUES de los últimos dos meses para *cada* uno de los adultos empleados en su hogar
- ESTADO DE CUENTA de los últimos dos meses, cuentas de cheque y ahorro
- Su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS más reciente, incluyendo todos los anexos de la misma declaración
- Si usted recibe pagos del Seguro Social, incluya una COPIA DE SU CHEQUE DEL SEGURO SOCIAL si no se depositan los pagos directamente en su cuenta bancaria
- Autorización Firmada para recibir asistencia con las solicitudes para la Asistencia Médica

La tramitación de su aplicación se atrasará si usted no incluye estas cosas.

Si usted quisiera ser considerado/a para asistencia, **por favor complete y regrese la solicitud adjunta dentro de 30 días**. Si necesita ayuda para completar la solicitud, o si tiene alguna pregunta, por favor contáctese con la siguiente persona:

Mary Moura	(608) 294-6463 or 800-279-9966 ext. 6463
------------	---

Gracias. Será un gusto ayudarle.



Postulación para Asistencia Financiera

Nombre de la parte responsable _____ Masculino ___ Femenino ___

Dirección Postal _____
Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Número de Seguro Social _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Ciudadano Estadounidense? Sí / No ¿Residente permanente? Sí / No ¿Fecha de ingreso a EEUU? _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono del Trabajo _____ Otro Número _____

*Estado Civil (marque uno) Soltero Unión Libre Casado Viudo Divorciado Separado

Liste a todos las personas que viven en su hogar (aún si ellos no están solicitando asistencia)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con la parte responsable	¿Ciudadano estadounidense?	¿Residente permanente?	Fecha Ingreso EEUU
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No	_____
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No	_____
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No	_____
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No	_____
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No	_____

¿Tiene hijos menores de 18 años que no estén viviendo en el hogar? Sí / No

¿Hay alguien embarazada en el hogar? Sí / No Nombre de la persona _____
Clínica/Doctor confirmando el embarazo _____ Fecha aproximada de parto _____

¿Ha postulado recientemente a, o está recibiendo:

¿Estampillas de alimentos? Sí / No Aprobado / Negado Recibiendo \$ _____/mes

¿Pagos en efectivo de W-2? Sí / No Aprobado / Negado Recibiendo \$ _____/mes

¿Asistencia para arrendamiento? Sí / No Aprobado / Negado

¿Asistencia para pagar luz, calefacción, etc.? Sí / No Aprobado / Negado

¿Asistencia Médica? Sí / No Aprobado / Negado

Si fue aprobado, a qué miembros de la familia cubre y cuáles son las fechas de vigencia _____

¿Alguien en el hogar es un veterano de las Fuerzas Armadas? Sí / No Si sí, nombre _____

¿Alguien en el hogar es discapacitado? Sí / No Si sí, nombre _____

¿Ha postulado esta persona para recibir Beneficios por Discapacidad del Seguro Social? Sí / No

Si sí, resultado de la postulación: Aprobado / Negado / Pendiente / Apelado / Otro _____

Si el resultado es diferente de Aprobado, fecha en que postuló _____

Por favor complete la información sobre el empleo actual de **todos los adultos** de su hogar. Use páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS DE _____

(nombre)

Situación laboral: (marque uno) Tiempo completo Medio tiempo Independiente Desempleado Jubilado
Otro _____

Si está **DESEMPLEADO**, compensación por desempleo \$ _____ /semana Fecha de desempleo _____

Razón del desempleo (marque una): Estacional Suspensión Permanente Estudiante Discapacidad Médica
Otro _____

Si está **JUBILADO**, pensión y/o ingresos del Seguro Social \$ _____ /mes

Si está **EMPLEADO**, ingresos antes de la deducción de impuestos \$ _____ /mes

Nombre del Empleador _____ Dirección del Empleador _____

Número Telefónico del Empleador _____ Ocupación _____

Tiempo con el empleador actual _____

¿Existe un seguro médico disponible a través de su empleador? Sí / No Si **sí**, ¿recibe usted este seguro? Sí / No
Si no recibe este seguro, ¿cuál es la razón? _____

Si recibe este seguro, ¿cuánto es la prima mensual? _____
(“prima” es la cantidad descontada de su sueldo para el seguro médico)

Fuentes adicionales de ingresos mensuales:

Pensión alimenticia por divorcio	\$ _____	Sustento de menores	\$ _____
SSI o SSDI (discapacidad)	\$ _____	Beneficios para Veteranos	\$ _____
Compensación Laboral	\$ _____	Ingreso por arriendos	\$ _____
Apoyo de familiares o amigos	\$ _____	Otro (anote la cantidad y fuente)	_____

Ejemplos: Intereses, dividendos, ingresos recibidos por arrendamiento, etc.

INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS DE _____

(nombre)

Situación laboral: (marque uno) Tiempo completo Medio tiempo Independiente Desempleado Jubilado
Otro _____

Si está **DESEMPLEADO**, compensación por desempleo \$ _____ /semana Fecha de desempleo _____

Razón del desempleo (marque una): Estacional Suspensión Permanente Estudiante Discapacidad Médica
Otro _____

Si está **JUBILADO**, pensión y/o ingresos del Seguro Social \$ _____ /mes

Si está **EMPLEADO**, ingresos antes de la deducción de impuestos \$ _____ /mes

Nombre del Empleador _____ Dirección del Empleador _____

Número Telefónico del Empleador _____ Ocupación _____

Tiempo con el empleador actual _____

¿Existe un seguro médico disponible a través de su empleador? Sí / No Si **sí**, ¿recibe usted este seguro? Sí / No
Si no recibe este seguro, ¿cuál es la razón? _____

Si recibe este seguro, ¿cuánto es la prima mensual? _____
(“prima” es la cantidad descontada de su sueldo para el seguro médico)

Fuentes adicionales de ingresos mensuales:

Pensión alimenticia por divorcio	\$ _____	Sustento de menores	\$ _____
SSI o SSDI (discapacidad)	\$ _____	Beneficios para Veteranos	\$ _____
Compensación Laboral	\$ _____	Ingreso por arriendos	\$ _____
Apoyo de familiares o amigos	\$ _____	Otro (anote la cantidad y fuente)	_____

Ejemplos: Intereses, dividendos, ingresos recibidos por arrendamiento, etc.

INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS DE _____

(nombre)

Situación laboral: (marque uno) Tiempo completo Medio tiempo Independiente Desempleado Jubilado
Otro _____Si está **DESEMPLEADO**, compensación por desempleo \$ _____/semana Fecha de desempleo _____Razón del desempleo (marque una): Estacional Suspensión Permanente Estudiante Discapacidad Médica
Otro _____Si está **JUBILADO**, pensión y/o ingresos del Seguro Social \$ _____/mesSi está **EMPLEADO**, ingresos antes de la deducción de impuestos \$ _____/mes

Nombre del Empleador _____ Dirección del Empleador _____

Número Telefónico del Empleador _____ Ocupación _____

Tiempo con el empleador actual _____

¿Existe un seguro médico disponible a través de su empleador? Sí / No Si sí, ¿recibe usted este seguro? Sí / No
Si no recibe este seguro, ¿cuál es la razón? _____

Si recibe este seguro, ¿cuánto es la prima mensual? _____

("prima" es la cantidad descontada de su sueldo para el seguro médico)

Fuentes adicionales de ingresos mensuales:

Pensión alimenticia por divorcio \$ _____ Sustento de menores \$ _____

SSI o SSDI (discapacidad) \$ _____ Beneficios para Veteranos \$ _____

Compensación Laboral \$ _____ Ingreso por arriendos \$ _____

Apoyo de familiares o amigos \$ _____

Otro (anote la cantidad y fuente) _____

*Ejemplos: Intereses, dividendos, ingresos recibidos por arrendamiento, etc.***BIENES**

Saldo de su cuenta de ahorros \$ _____ Valor de la tasación de su casa \$ _____

Saldo de su cuenta de cheques \$ _____ Otros bienes raíces \$ _____

Efectivo disponible \$ _____ Vehículo marca/modelo/año _____

(Dinero que no esté en el banco) Vehículo marca/modelo/año _____

Otros bienes (cantidad y tipo) _____

*Ejemplos: vehículos recreativos, fondos mutuos, CD's, acciones, bonos, IRA, Roth IRA, etc.***GASTOS MENSUALES**

Hipoteca/Renta \$ _____ Saldo del Préstamo Hipotecario \$ _____

Préstamos de vehículo(s) \$ _____ Saldo del Préstamo Automotriz \$ _____

Gastos de luz, calefacción, agua \$ _____

Cuidado de niños \$ _____

Pago por sustento de menores \$ _____

Nombre del padre que paga el sustento de menores _____

Gastos por Tarjetas de Crédito y otros préstamos:

Tipo	Deuda Total	Pago mensual mínimo
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Gastos Médicos	Pago Mensual	Saldo Total
_____	\$ _____	\$ _____
(Nombre de clínica/hospital)		
_____	\$ _____	\$ _____
(Nombre de clínica/hospital)		

Gastos por medicamentos indicados con receta médica \$ _____

¿Cuánto podría usted pagar mensualmente por la deuda en el Sistema de Salud Dean? _____

¿Hay alguna porción de su deuda en Dean que sea responsabilidad de una tercera parte o de compensación aboral? Sí / No

Por favor indique el nombre de su médico de cabecera y de cualquier otro médico al que haya sido enviado para evaluación o tratamiento.

Médico	Nombre de la Clínica
_____	_____
_____	_____

La información recibida en esta solicitud es confidencial y será usada para revisar su situación actual.

Autorización para la Representación

Propósito

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Dean Health Systems, Inc. y al personal de Servicios Comunitarios a hablar acerca de y proporcionar copias de mi expediente médico y financiero en sus esfuerzos de investigar, en mi nombre, posibles fuentes de recursos médicos y financieros.

Autorización para la Revelación de Información

Información Médica

Esta autorización incluye la revelación a Dean Health Systems, Inc. de toda la información clínica y médica, electrocardiogramas, documentación de vacunas y alergias, informes de laboratorio, rayos-X y de los exámenes de la vista.

También autorizo en forma especial y conforme a las leyes de Wisconsin, a que se le entregue a Dean Health Systems Inc. la información correspondiente a mi expediente relacionada con salud mental, alcohol, VIH (SIDA), abuso de drogas e información relacionada con alguna discapacidad del desarrollo.

Información Financiera

Esta autorización incluye la revelación a Dean Health Systems, Inc. de cualquier declaración financiera, informes de negocios e información sobre sueldos o beneficios de mis empleadores anteriores o actuales, bancos, departamento de créditos u otras instituciones financieras o agencias gubernamentales.

Otra Información Relacionada

Por último, autorizo a la revelación a Dean Health Systems, Inc. de cualquier otra información afín, incluyendo evaluaciones o informes psicológicos, sociales, vocacionales, educacionales o de rehabilitación.

Yo autorizo a la revelación de la información anteriormente citada para cualquier fecha anterior a la fecha de la firma de esta postulación, y a partir de esa fecha hasta por un año.

Yo entiendo que es necesaria una notificación por escrito de mi parte para revocar esta autorización. También entiendo que una fotocopia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Yo, por la presente certifico que, hasta donde llega mi conocimiento, la información entregada es correcta y completa.

Firma de la Parte Responsable _____ Fecha _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Opcional:

Yo también autorizo a _____, quien es mi _____ a hablar acerca
 (Nombre de la persona) (Especifique el parentesco)

de la situación de mi solicitud con cualquier miembro del personal de Servicios Comunitarios.

Si el documento es firmado por una persona que no sea el paciente, declare el parentesco y la autoridad para hacerlo.

El paciente es: menor / incompetente / incapacitado **Autoridad:** padre / legal / tutor legal



Autorización para recibir asistencia para completar las solicitudes de Asistencia Médica

- Yo autorizo a Dean Health System Community Services para ayudarme a completar la solicitud para Badger Care en línea.
- Yo entiendo que Dean Health System Community Services no completará esta solicitud sin mi consentimiento.
- Yo deseo postular a los beneficios de Medicaid. Yo entiendo que el personal de Dean Health System Community Services me ayudará a completar esta solicitud por teléfono. El personal de Community Services me leerá las secciones de la solicitud para que yo les entregue la información requerida, y luego me ayudarán a firmar esta solicitud electrónicamente. Cuando yo se los indique, el personal de Community Services presentará mi solicitud a la oficina local del departamento de Servicios Humanos de mi condado.
- Yo entiendo que se utilizará un intérprete cuando sea necesario para completar la solicitud en línea con exactitud.

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

Firma del Solicitante: _____

Fecha de la Firma: _____

Si esta autorización es firmada por un representante o uno de los padres en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Representante: _____

Relación con el Paciente: _____