

¡LEA ATENTAMENTE!

Instrucciones para presentar una solicitud

Para que su Solicitud comunitaria reciba la debida consideración, se deben cumplir cada uno de los siguientes requisitos:

- Complete y firme la solicitud adjunta a este formulario. **Las solicitudes incompletas serán devueltas para obtener más información.**
- Junto con la solicitud, debe incluir AL MENOS tres formas de prueba de ingresos familiares. Debe haber prueba de ingresos para cada persona que vive en el hogar (con excepción de los niños), **independientemente de la relación con el paciente o garante.** Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son los siguientes:
 - Declaración de impuestos del IRS más reciente
 - Formularios W-2 actuales
 - Talones de cheque de pago más recientes (deben ser de UN MES COMPLETO de ingresos)
 - Extractos bancarios actuales
 - Copia de la declaración de beneficios de Seguro Social
 - Copia de la declaración de beneficios de asistencia del gobierno
- El PACIENTE debe obtener una denegación por escrito de la Junta de Asistencia Médica del Condado (también conocida como BadgerCare), del condado en el que reside el paciente, e incluir una copia de la denegación con su solicitud. La forma más fácil y rápida de solicitar BadgerCare es hacerlo en línea visitando este sitio web:

www.acceso.wi.gov

Para su comodidad, a continuación se encuentran los números de teléfono de estos condados locales:

- **CONDADO DE ROCK (608)741-3400**
La solicitud se puede completar por teléfono. Si no califica, le enviarán una carta de rechazo por escrito.
- **CONDADO DE DANE (608)242-7441**
Deje un mensaje en el que indique que necesita una solicitud de BadgerCare, junto con su nombre completo, número de Seguro Social y dirección. Puede tomar hasta 30 días recibir una respuesta a su solicitud.
- **CONDADO DE JEFFERSON (920)674-7500**
Debe programar una cita con la oficina del condado de Jefferson para la verificación de elegibilidad. Asegúrese de pedir una solicitud por escrito.

Una vez que recibamos su solicitud completa y toda la documentación requerida, revisaremos la solicitud y le enviaremos una determinación por escrito de su elegibilidad para Community Care. Se determinará si califica y, de ser así, el porcentaje de reducción que permitiremos. **Las reducciones de Community Care son válidas para los servicios elegibles realizados hasta ocho meses antes de la fecha de su solicitud.** Para gastos de más de ocho meses, debe establecer un acuerdo de pago aceptable para el saldo adeudado.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo solicitar Community Care, no dude en llamarme al **(608)884-1666**. Estaré encantado de ayudarlo. ¡Gracias!

Edgerton Hospital and Health Services
Estado de información financiera

Nombre del paciente: _____ N.º de historia clínica _____

Nombre del garante _____ **Relación con el paciente:** _____

Estado civil (marque uno): Casado Soltero Separado Divorciado Viudo

Paciente/Garante	Cónyuge/Otro miembro del hogar
Número de Seguro Social: _____	Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____
Dirección: _____ _____	Dirección: _____ _____
Condado: _____ Teléfono particular: _____	Condado: _____ Teléfono particular: _____
Si está desempleado, última fecha en que trabajó: _____	Si está desempleado, última fecha en que trabajó: _____
Empleador más reciente: _____	Empleador más reciente: _____
Fechas de empleo: _____	Fechas de empleo: _____
Dirección del empleador: _____ _____	Dirección del empleador: _____ _____
Teléfono del empleador: _____	Teléfono del empleador: _____
Título profesional: _____	Título profesional: _____
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Salario por hora: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Salario por hora: _____
Ingreso mensual	Ingreso mensual
Ingreso mensual bruto: _____ Neto _____	Ingreso mensual bruto: _____ Neto _____
Ingresos del Seguro Social: \$ _____	Ingresos del Seguro Social: \$ _____
Pensión \$ _____	Pensión \$ _____
Ingresos de propiedad de alquiler: \$ _____	Ingresos de propiedad de alquiler: \$ _____
Compensación por desempleo: \$ _____	Compensación por desempleo: \$ _____
Dividendos/Intereses: \$ _____	Dividendos/Intereses: \$ _____
Manutención de niños o pensión alimentaria: \$ _____	Manutención de niños o pensión alimentaria: \$ _____
Otro: _____ \$ _____	Otro: _____ \$ _____
Otro: _____ \$ _____	Otro: _____ \$ _____
Ingreso total: \$ _____	Ingreso total: \$ _____

Ingreso mensual total combinado: \$ _____

Gastos mensuales

Garante		Cónyuge/otro miembro del hogar	
Gastos mensuales		Gastos mensuales (si corresponde)	
Pago de hipoteca:	\$ _____	Pago de hipoteca:	\$ _____
Pago de alquiler:	\$ _____	Pago de alquiler:	\$ _____
Impuestos sobre bienes raíces:	\$ _____	Impuestos sobre bienes raíces:	\$ _____
Servicios (Electricidad, Gas, Agua):	\$ _____	Servicios (Electricidad, Gas, Agua):	\$ _____
Pago de auto/camioneta:	\$ _____	Pago de auto/camioneta:	\$ _____
Seguro de automóvil/vivienda:	\$ _____	Seguro de automóvil/vivienda:	\$ _____
Televisión por cable/satélite:	\$ _____	Televisión por cable:	\$ _____
Teléfono:	\$ _____	Teléfono:	\$ _____
Teléfono celular/localizador:	\$ _____	Teléfono celular/localizador:	\$ _____
Medicamento:	\$ _____	Medicamento:	\$ _____
Cuidado de niños:	\$ _____	Cuidado de niños:	\$ _____
Alimentos/Comestibles:	\$ _____	Alimentos/Comestibles:	\$ _____
Mantenimiento del automóvil/hogar:	\$ _____	Mantenimiento del automóvil/hogar:	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Gastos totales:	\$ _____	Gastos totales:	\$ _____

Facturas del hogar/de la familia:

Hospitales o clínicas (Indique los nombres de los hospitales/clínicas):	Saldo:	Mensualidad
1. _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____

Préstamos bancarios/de cooperativas de crédito (indique el propósito del préstamo):		
1. _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____

Tarjetas de crédito o líneas de crédito (Indique razones de uso):		
1. _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____

Si tiene gastos adicionales, adjunte una hoja aparte.

Gastos mensuales totales: \$ _____

Activos:	Propio	Arrendado	Saldo adeudado	Nombre de la institución financiadora
Automóviles (año/marca/modelo)				
Motos de nieve/vehículos todoterreno				
Motocicleta (año/marca/modelo)				
Embarcaciones/Vehículos recreativos				
Bienes raíces				
	Valor			
Cuenta de jubilación (401K o IRA)				

Otra información:

Si se incluye como "DESEMPLEADO", debe proporcionar una descripción de los motivos de su desempleo, incluidos los factores que le impiden trabajar: _____

Número de miembros del hogar (incluidos usted y todos los adultos y niños): _____

Cualquier otro comentario que crea que puede ser útil para determinar su elegibilidad: _____

Autorización:

La información indicada en esta solicitud es completa y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a Edgerton Hospital and Health Services a verificar esta información, si es necesario, y a obtener información de las agencias de informes crediticios. Entiendo que esta solicitud y toda la información contenida en esta permanecerán confidenciales y se utilizarán únicamente con el fin de determinar mi responsabilidad financiera por mis cargos en Edgerton Hospital and Health Services.

Firma: _____

Firma del cónyuge/otro miembro del hogar : _____

Fecha de firma: _____

Coloque una marca aquí si este formulario fue completado por teléfono.
 Si colocó una marca, nombre de la persona que obtuvo la información: _____

IMPORTANTE NOTA PARA LOS SOLICITANTES:

Debe incluir los siguientes elementos para que su solicitud sea considerada:

- 3 formas de ingresos del hogar (declaraciones de impuestos de años anteriores, talones de pago, extractos bancarios, etc.).
- Denegación de Asistencia Médica del Condado (Medicaid) para cada paciente que haya recibido servicios a través de Edgerton Hospital and Health Services.
- Si recibe beneficios de Seguro Social, beneficios de VA o cualquier otro asistente del gobierno, deben incluirse copias de estas declaraciones que muestren el monto de los beneficios.
- Si se incluye como desempleado, debe incluir una declaración de los motivos, incluidos los motivos que le impiden trabajar actualmente.

SOLO PARA USO OFICIAL
For Office Use Only

Date Application Received _____ Received by _____

All documentation attached? Yes (If not, do not forward for review until all items are received.)

- 3 forms of household income (previous year's tax returns, pay stubs, bank statements, etc.).
- County Medical Assistance (Medicaid) Denial for each patient who has received services through Edgerton Hospital and Health Services.
- If receiving Social Security Benefits, VA benefits, or any other government aide, copies of these statements showing amount of benefits must be included.
- If listing yourself as unemployed, you must include a statement of reasons, including what is preventing you from presently working.

Credit Report? Yes No

ACTIONS TAKEN:

Date / Initials

Percentage to be written off		100%	80%	60%	40%	20%
# in Household	Yearly Income	175%	200%	225%	250%	275%
1	\$12,880.00	\$22,540.00	\$25,760.00	\$28,980.00	\$32,200.00	\$35,420.00
2	\$17,420.00	\$30,485.00	\$34,840.00	\$39,195.00	\$43,550.00	\$47,905.00
3	\$21,960.00	\$38,430.00	\$43,920.00	\$49,410.00	\$54,900.00	\$60,390.00
4	\$26,500.00	\$46,375.00	\$53,000.00	\$59,625.00	\$66,250.00	\$72,875.00
5	\$31,040.00	\$54,320.00	\$62,080.00	\$69,840.00	\$77,600.00	\$85,360.00
6	\$35,580.00	\$62,265.00	\$71,160.00	\$80,055.00	\$88,950.00	\$97,845.00
7	\$40,120.00	\$70,210.00	\$80,240.00	\$90,270.00	\$100,300.00	\$110,330.00
8	\$44,660.00	\$78,155.00	\$89,320.00	\$100,485.00	\$111,650.00	\$122,815.00
9	\$49,200.00	\$86,100.00	\$98,400.00	\$110,700.00	\$123,000.00	\$135,300.00
10	\$53,740.00	\$94,045.00	\$107,480.00	\$120,915.00	\$134,350.00	\$147,785.00

Included Accounts

Account Number	Date of Service	Dollar Amount	Write off GL

Total Amount Approved for Community Care

Date of Final Determination: _____ Authorized by: _____

Date Applicant Notified: _____ Notified by: _____

NOTES: