

Solicitud para Asistencia Financiera

Información del Paciente

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

de Seguro Social _____
(No se requiere si no está asegurado)

Teléfono _____

Información del Garante

En casos donde el cónyuge o la pareja es el garante del paciente, o en donde el padre o tutor es el garante del menor, deberá llenar lo siguiente.

Nombre del Garante _____

Dirección del Garante _____

Teléfono del Garante _____

Información de la Familia/Hogar

Nombre del cónyuge o pareja _____

Fecha de Nacimiento del cónyuge o pareja _____

Dependent's Names:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Información del Ingreso Familiar y Empleo del Paciente

Nombre del empleador del paciente _____

Dirección del empleador del paciente _____

Teléfono del Empleador del Paciente _____

Nombre Empleador del Garante/Cónyuge/Pareja _____

Dirección del empleador del Garante/Cónyuge/Pareja _____

Teléfono del Empleador del Garante/Cónyuge/Pareja _____

Información de la Aseguradora

Paciente Garante

Cónyuge Pareja

Nombre del Seguro de Salud _____

Medicare

Nombre Suplementario de Medicare _____

Medicaid

Favor de llenar este formulario y enviarlo con la información requerida en este folleto. Para velocidad en el procesamiento, favor de enviar su solicitud por correo electrónico a cs-pfs@rogershospital.org.

Las solicitudes también pueden ser enviadas a:
Rogers Behavioral Health System
Patient Financial Services Department
34700 Valley Road
Oconomowoc, WI 53066

Ingreso Anual

Salario del Paciente \$ _____

Salario del Garante/
Cónyuge/Pareja \$ _____

Ingreso de la Granja o del
Trabajo Independiente \$ _____

Asistencia Temporal para
Familias Necesitadas \$ _____

Seguridad Social/
Incapacidad \$ _____

Beneficio de
Compensación del
trabajador por Desempleo \$ _____

Beneficio de
Compensación del
trabajador por Desempleo \$ _____

Jubilación/anualidades \$ _____

Pensión de Veterano \$ _____

Incapacidad de Veterano \$ _____

Otros ingresos \$ _____

Ingreso Bruto Total de
todas las fuentes en los
últimos 12 meses \$ _____

Certificación

Certifico que la información otorgada en esta solicitud es verdadera y correcta en lo que a mi mejor entendimiento respecta. Aplicaré para cualquier asistencia estatal, federal o local para la que sea elegible para ayudar al pago de esta factura de hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información provista en esta solicitud. Entiendo que de haber brindado información falsa con mi conocimiento, seré inelegible para asistencia financiera, que cualquier asistencia financiera aprobada puede ser revocada y que seré responsable por el pago de la factura de hospital.

Firma del Solicitante

Fecha de la Firma