

# 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 \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

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](mailto: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