



BELOIT MEMORIAL HOSPITAL

FECHA: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

SOLICITANTE: _____

CUENTA/S: _____

Tenga la bondad de proporcionar la información que sigue para que se le pueda tomar en consideración para el programa de atención no compensada del Beloit Memorial Hospital.

PRUEBA DE INGRESOS NETOS MENSUALES DEL HOGAR, DESDE, _____ HASTA LA FECHA, EN CONCEPTO DE:

- ___ Talones de pago de sueldos o salarios, declaraciones de impuestos, declaraciones del patrono.
- ___ Ingresos por incapacidad, pagos por enfermedad o Seguro Social.
- ___ Ingresos de desempleo, conciliaciones o pensiones.
- ___ AFDC, IPA, ingresos de asistencia pública o sostenimiento de menor.
- ___ Estampillas de comida o beneficios de asistencia de calefacción, ayuda para la vivienda.
- ___ Préstamo como estudiante o/e ingresos por concesiones.
- ___ Rentas, ingresos de sostenimiento propio o de terceros.
- ___ OTROS: _____

**RECHAZO DE SERVICIOS SOCIALES: ROCK COUNTY HUMAN SERVICES: 741-3400
ILLINOIS PUBLIC AID: 815-987-7620**

- ___ (Cuándo comienzan los beneficios de WMA, IPA o asistencia pública? ¿Qué miembros de la familia son aceptables y cuáles son las fechas de aceptabilidad?
- ___ Rechazo de asistencia pública, WMA o IPA (incluyendo los programas de Healthy Start, Spend Down, Medically Needy y Badger Care).
- ___ Otros: _____

DECLARACIÓN DEL PATRONO:

- ___ Fecha de comienzo del seguro médico y qué miembros de la familia son aceptables para recibir beneficios.
- ___ No hay beneficios de seguro médico adquiridos o/y disponibles para el empleado.
- ___ Las reclamaciones no son aceptables para los beneficios de responsabilidad o compensaciones para los trabajadores.
- ___ Fechas o/y cantidades de beneficios de incapacidad o/y enfermedad o declaración en el sentido de que esos beneficios no están disponibles.
- ___ Otros: _____

Tenga la bondad de llenar el Cuestionario financiero y los formularios de atención no compensada que se adjuntan. Si tiene preguntas al respecto podrá ponerse en contacto con el asesor de crédito indicado a continuación. **PÓNGASE SIEMPRE EN CONTACTO CON SU ASESOR DE CRÉDITO (CREDIT CONSULTANT) PARA ESTABLECER UNA CITA** para la obtención de cualquier información. Gracias.



BELOIT MEMORIAL HOSPITAL

Affiliated with the University of Wisconsin Hospital and Clinics

1969 West Hart Road, Beloit, WI 53511 • 608.364.5011 • beloitmemorialhospital.org

SOLICITUD DE ATENCION NO COMPENSADA

El Beloit Memorial Hospital tiene como norma proporcionar cierta cantidad de sus servicios gratuitamente o con cargos reducidos, a personas aceptables que no puedan permitirse pagar por la atencion.

Para hacer su solicitud para este programa , tenga la bondad de llenar el formulario que aparece al dorso. Devuelva dicho formulario lleno y pruebas de ingresos mensuales del hogar para los tres (3) y los doce (12) ultimos meses. Algunos ejemplos de pruebas de ingresos podrian ser los siguientes: talones de pagos, declaraciones de ingresos o una carta de su patron que indique sus ingresos mensuales, declaraciones de ingresos de AFDC, declaraciones de desempleo, beneficios del Seguro Social o de Compensaciones para los trabajadores. En otras palabras, debera proporcionar cualquier cosa que confirme lo que haya indicado en este formulario.

Ademas, este programa requiere una solicitud inicial a su oficina local de servicios sociales para pedir cualquier tipo de asistencia estatal o del condado que pueda encontrarse a su disposicion. Si no es aceptable para sus programas, obtenga por favor su rechazo por escrito.

Despues de que haya obtenido la informacion requerida o si tiene preguntas que desee hacer, tenga la bondad de ponerse en contacto con su asesor de credito, que se indica en lo que sigue, para obtener una cita con el fin de llevar a cabo su solicitud.

Ami Menke	A - K 364-5584
Jennifer Gonfiantini	L - Z 364-5585

O llame a nuestro numero telefonico sin cargos: 1-800-846-1150 y pregunte por su asesor de credito.

El hospital llevara a cabo una determinacion por escrito de su solicitud dentro de siete (7) dias habiles de la recepcion de su solicitud llena.

Gracias,

Deborah JB Gustafson
Manager Patient Accounts

BELOIT MEMORIAL HOSPITAL, INC.
1969 W. HART ROAD
BELOIT; WI 53511

CUESTIONARIO FINANCIERO

Nombre: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Cónyuge: _____
 Cuentas: _____

INGRESOS

Patrono actual: _____ Dirección: _____
 Posición/cargo: _____ Duración de empleo: _____
 Salario por hora: _____ Pago mensual que lleva a casa: _____
 Patrono del cónyuge: _____ Dirección: _____
 Posición/cargo: _____ Duración de empleo: _____
 Salario por hora: _____ Pago mensual que lleva a casa: _____
 Otras fuentes de ingresos: _____ Pago mensual que lleva a casa: _____
 Ingresos mensuales netos: _____

ACTIVOS

Cuenta de ahorros:
 Nombre de banco o unión de crédito: _____ Saldo de cuenta: _____
Cuenta de cheques:
 Nombre de banco o unión de crédito: _____ Saldo de cuenta: _____
 Bonos/CD: _____ Otros: _____

GASTOS

<u>Concepto</u>	<u>Nombre</u>	<u>Arrendador/Banco</u>	<u>Pago mensual</u>	<u>Cantidad total debida</u>
Vivienda/renta <input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Servicios de utilidad pública	_____	_____	_____	_____
Gas, combustible, aceite, etc.	_____	_____	_____	_____
Alcantarillado	_____	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____	_____
Alimentos	_____	_____	_____	_____
Transportes	_____	_____	_____	_____

*****Tenga la bondad de llenar y devolver este formulario y pruebas de ingresos de su hogar de los últimos dos meses, no más tarde que el _____. Al hacer esto podrá mantener su cuenta al corriente.

GASTOS (cont.)

<u>Concepto</u>	<u>Nombre</u>	<u>Arrendador/Banco</u>	<u>Pago mensual</u>	<u>Cantidad total debida</u>
Gastos escolares	_____	_____	_____	_____
Guardería infantil	_____	_____	_____	_____
Préstamo de vehículo	_____	_____	_____	_____
Segundo préstamo de vehículo	_____	_____	_____	_____
Muebles	_____	_____	_____	_____
Seguro de vida	_____	_____	_____	_____
Seguro médico	_____	_____	_____	_____
Seguro del automóvil	_____	_____	_____	_____
Seguro de vivienda	_____	_____	_____	_____
Segundo préstamo de vehículo	_____	_____	_____	_____
Medicamentos/ farmacia	_____	_____	_____	_____
Doctores/clínicas	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hospitales	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Cuentas de cargos	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Cable	_____	_____	_____	_____
Diarios y periódicos	_____	_____	_____	_____
Préstamos diversos	_____	_____	_____	_____
Total			\$ _____	\$ _____

Esta información la mantendrán en la confidencia más estricta el Beloit Memorial Hospital y sus empleados, y se podrá utilizar para determinar la aceptabilidad para términos de crédito extendidos.

Autorizo por este conducto al Beloit Memorial Hospital a que verifique la información que antecede con cualquier persona, organización o compañía que sea necesario.

Firma de la
persona responsable: _____ Fecha: _____