



Children's Hospital of Wisconsin & Children's Specialty Group

Estado financiero Solicitud para un plan de pago y/o asistencia financiera

Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group ofrecen planes de pago y asistencia financiera a aquellos que califiquen. Llene esta solicitud completamente sin dejar respuestas en blanco. **Devuélvala junto con toda la documentación requerida dentro de diez días:**

Attn: Melina Cortes
Children's Hospital of Wisconsin
Patient Accounts MS934A
PO BOX 1997
Milwaukee, WI 53201

Copias de los siguientes documentos son necesarios y deben ser presentadas con la aplicación:

- Más reciente declaración de impuestos federales
- Los dos talones de cheque más recientes de cada empleador
- Verificación de cualquier otra fuente de ingresos, tales como la compensación de obrero, desempleo, manutención de menores, Seguridad Social, SSI, etc.

Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group son proveedores distintos. Este formulario le permite a usted solicitar un plan de pago y/o asistencia financiera de parte de cada proveedor.

Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group tomarán decisiones independientes en cuanto a los planes de pago y la asistencia financiera.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de cuenta: _____

Madre

Nombre:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Empleador:
Ocupación:
Salario por hora: \$
Pago neto por semana o por quincena: \$
Otros ingresos/Fuente/Cantidad:

Padre

Nombre:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Empleador:
Ocupación:
Salario por hora: \$
Pago neto por semana o por quincena: \$
Otros ingresos/Fuente/Cantidad:

Total del ingreso bruto anual familiar: \$ _____

Total del ingreso neto mensual familiar: \$ _____

Favor de continuar al dorso.

Bienes**Deudas médicas**

Valor en el mercado del hogar o vivienda: \$	Nombre del proveedor/Cantidad:
Automóvil: Año/Marca/Modelo:	
Automóvil: Año/Marca/Modelo:	Nombre del proveedor/Cantidad:
Saldo de cuenta de ahorros: \$	
Saldo de cuenta corriente: \$	Nombre del proveedor/Cantidad:
Otros bienes:	

Deudas familiares

Renta/Pagos sobre la hipoteca/Saldo: \$	/\$	Pago mensual de electricidad: \$
Pago de automóvil/Saldo No 1: \$	/\$	Pago mensual de gas: \$
Pago de automóvil/Saldo No 2: \$	/\$	Pago mensual de televisión por cable: \$
Otro pago de préstamo/Saldo: \$	/\$	Pago mensual de teléfono: \$
Otro pago de préstamo/Saldo: \$	/\$	Pago de seguro para el automóvil: \$
Pago de tarjeta de crédito/Saldo: \$	/\$	Pago de cuidado infantil: \$ por semana/mes
Pago de tarjeta de crédito/Saldo: \$	/\$	Pago de mantención de menores: \$
Pago de tarjeta de crédito/Saldo: \$	/\$	Otro pago mensual: \$
Pago de tarjeta de crédito/Saldo: \$	/\$	Otro pago mensual: \$

Total de pagos mensuales: \$ _____ Número de dependientes: _____

Plan de pago propuesto: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para el uso de la gerencia de
CHW/CSG

Certifico que la información anterior es completa y está correcta. Por lo tanto, autorizo a Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group a divulgar toda información necesaria para verificar los datos en este formulario. Además, autorizo la divulgación de toda información necesaria a Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group con el fin de verificar los datos de esta solicitud la cual vencerá a los seis (6) meses de que se firmó. Esta autorización se provee de acuerdo con la Sección 146.81 de los Estatutos de Wisconsin.

Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group se reservan el derecho a negar cualquier solicitud si se descubre que la información ha sido falsificada, está incompleta, o por no solicitar o cumplir con otros programas de asistencia pertinentes. Children's Hospital of Wisconsin y Children's Specialty Group determinan la elegibilidad para los planes de pago y asistencia financiera, de manera independiente.