



Programa de ayuda financiera para pacientes (PFAP)

En Memorial Hospital, nos enorgullece dar una atención médica excelente y compasiva. Ofrecemos ayuda financiera a aquellos pacientes que no pueden pagar en su totalidad los servicios de atención médica necesarios. Solicitamos a cada paciente que quiere aprovechar nuestro Programa de ayuda financiera para pacientes que cumpla las siguientes:

- Los demás recursos de terceros para los que es inscrito actualmente deben haber agotado. Esto incluye planes de seguro, seguro de responsabilidad, acuerdos de litigio, compensación de trabajadores, distribuciones testamentarias, etc.
- La atención que recibe se debe considerar como "Atención médica esencial". Los servicios que se consideren "opcionales" no serán elegibles para PFAP.
- Usted debe estar clasificado en nuestras directrices de elegibilidad. Utilizamos las Pautas Federales de Nivel de Pobreza más recientes e incluimos sus ingresos y gastos actuales.

Antes de enviar la solicitud de PFAP, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud del estado para calificar para cualquier programa gubernamental pertinente. Los residentes de Wisconsin pueden aplicar en línea en <https://access.wisconsin.gov/> o llamar al (888) 794-5780. Si la solicitud es denegada, adjunte una copia de dicha denegación a la solicitud de PFAP, ya que se continuará considerándolo para el Programa de ayuda financiera. Nadie tendrá que solicitar otros programas para calificar para nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Directrices de solicitud

Cada paciente (u otra parte interesada en nombre del paciente) debe completar y devolver la declaración financiera adjunta. **Esta oferta vence después de 15 días.** Complete y envíe toda la documentación solicitada antes del _____ o la solicitud quedará sin efecto.

Se necesitan los siguientes documentos para respaldar su estado financiero:

- Una copia de las últimas devoluciones impositivas federales o estatales que se hayan presentado recientemente.
- Los 3 últimos comprobantes de pago y constancia de pago de seguro social.
- Los 3 últimos informes bancarios.
- La carta de respuesta de los programas gubernamentales con respecto a la cobertura de atención médica.

Una vez que completó y compiló toda la información mencionada arriba, puede entregar el paquete de solicitud en persona o enviarlo por correo a:

Memorial Hospital of Lafayette County
Attn: Patient Financial Coordinator
800 Clay Street
Darlington WI 53530

Cuando se reciba su solicitud, se revisará para controlar si está completa y es precisa. Si se detectan errores, inconsistencias o información faltante, nos comunicaremos con usted por teléfono o carta para solicitarle que corrija o presente la información.

Se le informará por escrito la aceptación o la denegación. Conforme a los criterios, si se deniega o concede parcialmente, la carta de aceptación o rechazo incluirá el saldo remanente actual y el plan de pago mensual solicitado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio financiero para pacientes al 608-776-4466.



**MEMORIAL HOSPITAL
OF LAFAYETTE COUNTY**

Declaración financiera

Información del paciente	Cónyuge/parte responsable
Nombre del paciente:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
N.º de teléfono:	N.º de teléfono:
N.º de Seguro Social:	N.º de Seguro Social:
Empleador:	Empleador:
Dirección del empleador:	Dirección del empleador:
N.º de teléfono:	N.º de teléfono:
Puesto:	Puesto:
Duración del empleo:	Duración del empleo:
Dependiente (Nombres y edades):	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Ingreso mensual	
1. Paciente/familiar si es menor de 18	\$
2. Cónyuge/parte responsable	\$
3. Intereses/dividendos	\$
4. Pensión/incapacidad	\$
5. Asistencia/manutención infantil	\$
6. Otro:	\$
7. <i>Total de ingresos brutos mensuales</i>	\$
8. FICA + impuestos retenidos sobre la renta	\$
9. <i>Ingreso neto mensual</i>	\$

Gastos mensuales	
10. Alquiler	\$
11. Servicios públicos	\$
12. Auto (gas, reparaciones)	\$
13. Teléfono	\$
14. Internet/Cable	\$
15. Comestibles	\$
16. Cuidado infantil	\$
17. Asistencia/manutención infantil	\$
18. Medicamentos	\$
19. Entretenimiento	\$
20. Otros:	\$



**MEMORIAL HOSPITAL
OF LAFAYETTE COUNTY**

Seguro	Prima anual	Pago mensual
21. Auto	\$	\$
22. Vida	\$	\$
23. Salud	\$	\$
24. Hogar	\$	\$
25. Otros:	\$	\$

Acreedores	Saldo impago	Mensual Pago
26. Alquiler/hipoteca	\$	\$
Cantidad principal original: \$		
27. Préstamo hipotecario	\$	\$
28. Gasto auto	\$	\$
29. Gasto médico	\$	\$
30. Tarjeta de crédito	\$	\$
31. Otros:	\$	\$

Valores		
Esta sección solo es aplicable a los servicios no urgentes no emergentes.		
		Account Balance
N.º de cuenta de ahorro		\$
N.º de cuenta corriente		\$
Plan de jubilación/pensión		\$
Otras inversiones y valores		\$
Other Valores:		\$
	Valor calculado:	Saldo \$:
Residencia	\$	\$
Año/marca del vehículo	\$	\$
Año/marca del vehículo	\$	\$
Tierra	\$	\$
Empresa	\$	\$
Inmueble en alquiler	\$	\$
Otros valores:	\$	\$
Otros valores:	\$	\$
Otros valores:	\$	\$
Otros valores:	\$	\$

32. TOTAL DE GASTOS MENSUALES (agregar líneas de la 10 a la 31).	\$
33. INGRESOS MENOS GASTOS (línea 9 menos 32)	\$

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he dado es verdadera y exacta. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pago de los servicios proporcionados por Memorial Hospital of Lafayette County. Por la presente, autorizo a Memorial Hospital of Lafayette County y a los representantes a investigar la información que aquí se incluye y a obtener un informe crediticio.

FIRMA _____

FECHA _____



Attention

Memorial Hospital of Lafayette County and Primary Care Clinics complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Memorial Hospital of Lafayette County does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. If you speak any of the below languages, language assistance services, free of charge, are available to you.

Spanish- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Hmong- LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.

Chinese- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務

German- ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

Arabic- ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

Russian- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

Korean- 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

Vietnamese- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

Pennsylvanian Dutch- Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch.

Loatian- ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານ ວ່າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍ
ບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

French- ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Polish- UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.

Hindi- ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है।

Albanian- KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë.

Tagalog- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.