



Children's Wisconsin Solicitud de asistencia financiera

Children's Wisconsin ofrece asistencia financiera a pacientes cuya residencia principal es en Wisconsin. Children's Wisconsin espera que los pacientes utilicen todos los demás recursos disponibles antes de considerar la Asistencia Financiera. La asistencia financiera se puede aplicar a la totalidad o parte de los cargos facturados. Esto puede incluir copagos, coaseguro y deducibles. La asistencia financiera no se considerará para los servicios electivos. Complete esta solicitud en su totalidad, no deje ningún campo en blanco.

Devuelva la solicitud completa y toda la documentación correspondiente en un plazo de diez días a:
financialassistance@childrenswi.org

Children's Wisconsin
Patient Financial Service- MS 934
PO Box 1997
Milwaukee, WI 53201

Se requieren copias de los siguientes documentos que deben enviarse con su solicitud:

- * Declaración de impuestos federales más reciente
- * Dos comprobantes de cheque de pago recientes
- * Verificación de cualquier otro ingreso

Children's Wisconsin compartirá la solicitud completa con Children's Specialty Group. Children's Wisconsin y Children's Specialty Group son entidades separadas; sin embargo, las decisiones sobre asistencia financiera se toman conjuntamente.

Certifico que la siguiente información está completa y es precisa. Por medio de la presente autorizo a Children's Wisconsin y a Children's Specialty Group a divulgar cualquier información necesaria para la verificación de las declaraciones hechas en esta solicitud. Este consentimiento caducará en seis (6) meses a partir de la fecha del mismo. Este consentimiento se proporciona de conformidad con la Sección 146.81, Estatutos de WI. Children's Wisconsin y Children's Specialty Group se reservan el derecho de denegar cualquier solicitud si se determina que la información ha sido falsificada, está incompleta o por no solicitar o cumplir con otros programas de asistencia aplicables.

Nombre en letra de molde: _____ **Firma:** _____

Nombre del paciente _____ **Fecha(s) de nacimiento:** _____

Número de cuenta: _____ **Número de personas dependientes** _____

Madre

Padre

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad, estado, código postal:
Empleador:	Empleador:
Ocupación:	Ocupación:
Tarifa de pago por hora: \$	Tarifa de pago por hora: \$
Pago neto semanal o quincenal: \$	Pago neto semanal o quincenal: \$
Otros ingresos: \$ Fuente:	Otros ingresos: \$ Fuente:
Total de ingresos brutos ajustados al año de la familia: \$	Total de ingresos netos mensuales del hogar: \$