



Envíe la siguiente información con su
Solicitud para atención médica sin compensación:

- 1. Una copia de los últimos formularios de impuestos estatales y federales que haya presentado Y los dos (2) últimos comprobantes de pago. *(Si no presentó un formulario de impuestos el año anterior, explique el motivo).***
- 2. Una copia de los formularios de impuestos de su propiedad, también conocidos como facturas de impuestos inmobiliarios, en caso de que tenga una propiedad.**
- 3. Una constancia de su saldo actual de la hipoteca, si corresponde.**
- 4. Una constancia del rechazo del programa Badgercare/Medicaid de Wisconsin. *Si no solicitó el programa Badgercare/Medicaid de Wisconsin, especifique el motivo en la solicitud adjunta.***

Envíese antes del: _____

Firme e indique la fecha de su solicitud y envíe toda la información arriba mencionada (junto con su solicitud) en el sobre prepago con domicilio impreso adjunto.

Toda la información se mantiene confidencial

SOLICITUD PARA ATENCIÓN MÉDICA SIN COMPENSACIÓN

Envíese antes del: _____

Solicitud: _____ M/F Fecha de nacimiento: _____

Cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: Día _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Noche _____ Número de teléfono celular _____

Miembros de la familia:

Nombre	Edad	Relación	Dependiente	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

*Si necesita más espacio, use el reverso de la página.

¿Ha solicitado algún programa de asistencia estatal/municipal? Sí No

Fecha de la solicitud: _____

Solicitud aceptada: _____ Rechazada: _____

¿Su empleador le ofreció un seguro médico, y usted renunció a este? Sí No

Motivo: _____

¿Ha solicitado un seguro a través del mercado? Sí No

Si la respuesta es no, especifique el motivo: _____

INGRESOS: Representan el total de los recibos de efectivo para todas las fuentes antes de impuestos, que incluyen, entre otros, sueldos, pagos de asistencia pública, Seguridad Social, beneficios de compensación para el trabajador o por desempleo, pago por huelga sindical, beneficios para veteranos, manutención infantil, pensión alimentaria, ingresos de pensiones, pagos de seguros o anualidades, intereses, ingresos por renta, regalías, ingresos por patrimonio o fideicomiso, compensación por lesiones. Los ingresos deben declararse según los ingresos brutos.

Nombre del empleador o fuente de los ingresos <i>(Solicitante y cónyuge)</i>	Ingresos estimados para este año	Fecha de inicio/Fecha de cierre

Gastos mensuales habituales:

Renta	\$	Manutención infantil o pensión alimentaria	\$
Pago de hipoteca	\$	Medicación continua	\$
Servicios:		Alimentos	\$
Electricidad	\$	Combustible para vehículos	\$
Agua/Cloacas	\$	Internet/Cable	\$
Calefacción	\$	Seguro:	
Recolección de basura	\$	Médico	\$
Teléfono	\$	De vida	\$
Pagos de préstamos de automóviles	\$	De vivienda	\$
Otros pagos de préstamos	\$	De vehículo	\$
Pagos de tarjetas de crédito	\$	Pago mensual: cuidado infantil	\$

