



PROGRAMA DE ATENCIÓN NO REMUNERADA

El programa de atención no remunerada de Upland Hills Health ofrece atención gratuita o con descuento a quienes no tienen medios, o tienen medios limitados, para pagar los servicios médicos (sin seguro o con seguro insuficiente). **Los servicios que se prestan en Upland Hills Health Hospital, Upland Hills Health Clinic in Mt. Horeb, Upland Hills Health Center y los servicios clínicos por arriba del 200 % del FPL califican para el programa de atención no remunerada.**

Complete todas las secciones de la solicitud y presente la documentación que se indica abajo:

- Copia de la declaración de impuestos estatal y federal más reciente.
- Constancia de los ingresos actuales, es decir, copia de los últimos dos (2) talones de pago.
- Constancia de su saldo actual de la hipoteca, si corresponde.
- Copia de los formularios de impuestos sobre su propiedad, también conocidos como facturas de impuestos inmobiliarios, si tiene una propiedad.
- Constancia del rechazo del programa Badgercare/Medicaid de Wisconsin. Si no solicitó el programa Badgercare/Medicaid de Wisconsin, indique el motivo: _____.
- **Complete toda la solicitud, fírmela y escriba la fecha.**

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese con nuestros especialistas de beneficios para pacientes al (608) 930-8000 ext. 4145 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Devuelva la solicitud completa y la documentación de respaldo a:

Upland Hills Health, Inc.

Attn: Patient Benefit Specialist

800 Compassion Way

Dodgeville, WI 53533

SOLICITUD PARA ATENCIÓN NO REMUNERADA

Devolver la solicitud el:

1. Información general

Solicitante:		Fecha de nacimiento:	
Cónyuge:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Teléfono:			

2. Información del grupo familiar: otras personas que integran el grupo familiar

Miembros del grupo familiar:

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Dependiente:

(adicional, adjunte una página por separado)

3. Información de ingresos

Ingresos: Los ingresos se deben declarar según la ganancia bruta/recibos. Representa el total de recibos de efectivo para todas las fuentes antes de impuestos, incluyendo, entre otros, sueldos, pagos de asistencia pública, seguro social, beneficios de compensación a los trabajadores o por desempleo, pago por huelga sindical, beneficios para VA, manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos de pensiones, pagos de seguro o anualidades, intereses, ingresos por alquileres, regalías, ingresos por patrimonio o fideicomisos, compensación por demandas por lesiones.

Nombre del empleador o fuente de ingresos (solicitante y cónyuge)	Ingresos calculados para este año	Fecha de inicio/fecha de cierre

* Solo para verificación, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos más reciente y un comprobante de los ingresos recientes que se mencionan arriba.

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese con nuestros especialistas de beneficios para pacientes al 608-930-8000 ext. 4145.

4. Información de activos

SalDOS de cuentas bancarias (solicitante y cónyuge)					
Tipo	Lugar	Cantidad	Tipo	Lugar	Cantidad
De cheques			Cooperativa de crédito		
De cheques			CD o IRA		
De ahorros			Otro		

Propiedad/vivienda familiar					
Lugar:		Valor fiscal determinado:		Saldo de la hipoteca:	
Lugar:		Valor fiscal determinado:		Saldo de la hipoteca:	

Auto/vehículo							
Marca:		Año:		Valor calculado:		Saldo del préstamo:	
Marca:		Año:		Valor calculado:		Saldo del préstamo:	
Marca:		Año:		Valor calculado:		Saldo del préstamo:	

Otros activos: vehículos recreativos		
Tipo (barco/motocicleta/motonieve/RV/ATV/UTV/otro)	Valor calculado	Saldo del préstamo

5. Información de gastos

Gastos mensuales (si es necesario, adjunte una página por separado)			
Alquiler		Comida/comestibles	
Hipoteca		Medicamentos	
Servicios públicos		Primas de seguros	
Cable/internet		Pagos de préstamos de autos	
Teléfono (incluyendo el celular)		Pagos de tarjetas de crédito	
Combustible para vehículos		Otros pagos de préstamos	
Cuidado infantil			

Tenga en cuenta cualquier cambio económico, como pérdida del trabajo, divorcio, muerte o cualquier otra dificultad:

DOY FE de que la información en esta solicitud es exacta a mi leal saber y entender, y representa con exactitud mi situación económica actual; y AUTORIZO a Upland Hills Health, Inc. a verificar toda la información que di en esta solicitud para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia económica.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha