



Programa de responsabilidad de la comunidad del centro de Salud Regional de Grant está disponible a los pacientes para ayudarles a cumplir sus obligaciones financieras para los gastos médicos incurridos en centro de Salud Regional de Grant. Una aplicación de la responsabilidad de la comunidad debe completar y presentar junto con copias de los documentos que se indican a continuación. Por favor marque todas las que aplican y envíe por correo la debida documentación. Si necesita información adicional para tomar una decisión respecto a su solicitud de responsabilidad de la comunidad; se le notificará para que pueden suministrarse tan pronto como sea posible y no detener el proceso. Una vez que toda la información ha sido recibida y revisado por el centro de Salud Regional de Grant se enviará una carta de decisión informando de la aprobación o denegación de su solicitud. El proceso de responsabilidad comunitaria debe completarse dentro de 2 - 3 semanas dependiendo de cuán rápido se devuelve información a petición. Este programa no se aplica para cantidades de equilibrio seguro o cuentas de deudas incobrables.

- Denegación de Wisconsin Medicaid para beneficios médicos (1-888-794-5780)
- Formas W-2 y fiscales actuales (copia de declaración de impuestos de 2016)
- Últimos talones de cheques (3) de empleo
- Carta de adjudicación de la seguridad social para el año actual
- Carta de beneficios de compensación por desempleo
- Copia de la última (2) Estados de cuenta mensuales
- Copia del estado de cuenta de ahorro
- Copia de la declaración de hipoteca actual
- Copia de la factura de impuestos más reciente
- Copia de las declaraciones de la tarjeta de crédito
- Recibo de alquiler o arrendamiento
- Carta de alojamiento
- Utilidad de facturas

**Cuando la solicitud está completa y se recoge toda la documentación de soporte, por favor envíe a Attn: Business Office./Oficina en el sobre adjunto. Si esto no se ha hecho dentro de 30 días, asumiremos que usted no está interesado en el programa**



# Grant Regional Health Center

## Responsabilidad de la Comunidad Aplicación

### Sección I. información para el paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ También: \_\_\_\_\_

Parte responsable: (garante) \_\_\_\_\_ Sustantivo: \_\_\_\_\_

<u>Otros miembros del hogar:</u>	<u>Relación con el solicitante:</u>
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

Número total en casa:

### Sección II. Ingresos y Fuente

Nota: Representa el flujo de caja total de todas las fuentes antes de impuestos incluso salarios, pagos de ayuda públicos, seguridad social, paro o ventajas de la compensación del trabajador, subsidio de huelga de la unión, ventajas de VA, manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos de la pensión, ingresos de seguros, seguro o pagos de la anualidad, interés, ingresos del alquiler, derechos, estado o ingresos de confianza, reintegros de impuestos y compensación de demandas por daños. Los ingresos domésticos incluyen todos los ingresos de paciente, parte responsable, cónyuge de la parte responsable y otros miembros de la familia inmediata en la misma casa.

<u>Fuente de ingresos:</u>	<u>Cantidad annual</u>	<u>Relación a paciente</u>	<i>Internal use only</i>		
			Verified?	Yes	No
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
Total de ingresos anuales:	_____	_____			

