



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?	No	Initials
Yes					
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
Total de ingresos anuales:	_____	_____			

