



ThedaCare®

Por favor, sírvase de encontrar adjunto una Solicitud para la Asistencia Financiera de Caring Hearts. **Por favor llene toda la solicitud y envíe toda la documentación respaldando todo lo solicitado para evitar la negación de la misma.**

Caring Hearts es un programa de asistencia financiera diseñado para pacientes que no pueden pagar los servicios médicamente necesarios brindados por todas las divisiones dentro de ThedaCare. ThedaCare ha establecido pautas de elegibilidad para nuestro programa de Caring Hearts basado en la necesidad financiera y se considera como el último recurso después de que todas las otras fuentes de pago se hayan pagado.

El programa de Caring Hearts cubre los servicios que son considerados médicamente necesarios determinados por su médico.

El Programa de Caring Hearts no cubre:

- Servicios Electivos - cosméticos, bariátricos, así como otros servicios no médicamente necesarios
- **Proveedores que no son de ThedaCare** – Los ejemplos incluyen radiólogos, patólogos, anestesiólogos, cirujanos independientes y médicos independientes. Se puede encontrar una lista completa de proveedores cubiertos y no cubiertos en el documento titulado “Lista de proveedores cubiertos / no cubiertos por Caring Hearts”.
- Fechas del Servicio que fueron pagadas directamente por la compañía de seguros.
- Fechas de servicio pendientes de pago de responsabilidad civil a terceras personas.

Usted puede obtener una copia de la Política de Asistencia Financiera para Caring Hearts de ThedaCare o la lista de proveedores cubiertos y no cubiertos al:

1. Visitar nuestro sitio web en www.thedacare.org/PaymentOptions.
2. Ponerse en contacto con nuestro Departamento de Apoyo al Cliente al 1-800-236-4102.
3. Enviar por correo una petición por escrito a: ThedaCare Billing PO Box 8003 Appleton, WI 54912
4. Visitar cualquiera de las Oficinas de Servicio de Facturación del Paciente en una de las siguientes oficinas. Por privacidad de todos los pacientes, por favor preséntese en Registros durante las horas de 8:30 – 4:30. Ellos le conectarán con un miembro del equipo de apoyo al cliente.
 - ThedaCare Regional Medical Center - Appleton - 1818 N. Meade St., Appleton, WI
 - ThedaCare Medical Center - Berlin – 225 N. Memorial St, Berlin, WI
 - ThedaCare Medical Center – Shawano - 100 County Road B, Shawano, WI

ThedaCare puede continuar actuando con agencias de cobros de deudas para los saldos no pagados si no se devuelve una solicitud completa junto con toda la documentación de respaldo solicitada dentro de los primeros 30 días. Se enviará una carta indicando su aceptación o exclusión del Programa de Caring Hearts después de que su solicitud completa haya sido procesada. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en llenar la aplicación, por favor llame a nuestro departamento de apoyo al cliente al 920-830-5900, o sin cobro al 800-236-4102.

Sinceramente,

Departamento de Apoyo al Cliente de ThedaCare

Solicitud de Caring Hearts

Fecha: _____ Número de Cuenta: _____

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____

Estado Civil (Marque con un círculo): Casado Soltero Viudo Separado Divorciado Con mi pareja

Lista de todos los dependientes en su casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	¿Es "Dependiente" en su última Declaración de Impuestos Federales?
			SI / NO
			SI / NO
			SI / NO
			SI / NO
			SI / NO
			SI / NO

¿Existen casos con aseguradoras abiertos por compensación laboral, accidentes de vehículos de motor o responsabilidad a terceros que pueden pagar las fechas del servicio relacionadas con esta solicitud de asistencia financiera? Sí No

Si así lo fuera, fecha del incidente: _____

¿Está participando en un programa de gastos compartidos? Sí No

¿Hay alguien en el hogar que actualmente no tiene seguro médico? Sí No

Si así lo fuera, por favor diga quién: _____

Ingresos: Por favor enumere todos los ingresos que reciben mensualmente todos los miembros del hogar. Esto incluye: empleo, trabajo por cuenta propia, desempleo, seguro social, discapacidad, beneficios de VA, pensión, jubilación, pagos mensuales de anualidades, etc.

Nombre del que Recibe	Fuente de Ingreso	Fecha de Inicio	Cantidad Mensual

Si no tiene fuente de ingresos, ¿Cómo se ha estado manteniendo?

Firma de la persona que le está ayudando: _____ Nombre Escrito: _____

Parentesco: _____ ¿Podemos discutir esta aplicación con ésta persona? Sí / No

Por favor, indique todas las cuentas de cheques y ahorros abiertas de todos los miembros de la familia:

Dueño de la Cuenta	Tipo de Cuenta	Nombre del Banco	Balance Aproximado

Certifico que la información anterior es verídica y precisa según mi leal saber y entender. Además, tomaré medidas para solicitar asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.), que pueden ser aplicables para el pago de los cargos de mi hospital / médico, y tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia. Asignaré o pagaré a ThedaCare la cantidad recuperada por los cargos. Autorizo a ThedaCare a verificar toda y cualquier información presentada en esta aplicación, incluidas, entre otras, las siguientes: verificación de empleo y verificación bancaria. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa anulará esta solicitud y me excluirá de la asistencia financiera. Entiendo que ThedaCare escaneará y conservará todas las aplicaciones de asistencia financiera y la documentación financiera de acuerdo con sus requisitos de cumplimiento internos y externos.

Fecha de la Solicitud: _____

Firma del Solicitante: _____

Documentación Financiera Requerida – POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Por favor lea las situaciones abajo mencionadas y proceda con la sección apropiada en las páginas 3 y 4 basadas en su estatus de Declaración De Impuestos. Solamente tiene que llenar **una sección** que describa mejor su situación.

La documentación financiera debe ser enviada junto con su solicitud.

¿Se le requiere hacer la declaración de Impuestos con el Gobierno Federal? **Por favor marque uno de los siguientes:**

- Si Sí, y su situación financiera no ha cambiado desde que ingresó: Proceda a la Sección A.
- Si es que No: Proceda a la Sección B.
- Si Sí, y tiene su propio negocio. Proceda a la Sección C
- Si Sí, y su situación financiera ha cambiado desde la declaración de impuestos: Proceda a la Sección D

Sección A: Se le Requiere Declarar Impuestos Y Su Situación Financiera No Ha Cambiado Desde La Declaración

Por favor incluya la siguiente información:

- Para todas las cuentas bancarias mencionadas anteriormente, incluya la declaración completa y detallada del mes más reciente. Las declaraciones deben incluir el nombre de la institución financiera, el nombre del titular de la cuenta, el(los) número(s) de cuenta y necesita incluir todas las páginas.
- Por favor envíe una copia de su más reciente Declaración Federal de Impuestos. Para pedir una copia si lo necesita, por favor llame al 1-800-829-1040.
- Llene completamente y firme la Solicitud de Caring Hearts.
- Respuesta de aprobación/rechazo por escrito de la Asistencia Médica si alguno de estos se aplica:
 - Si tiene niños menores de 18 años
 - Si usted está actualmente embarazada
 - Si se le ha determinado que está discapacitada/o
 - Si usted es mayor de 65 años
 - Si usted es un(a) inmigrante de Wisconsin con una emergencia médica
 - Si no tienes hijos adultos y está dentro del Índice Federal de Pobreza

Póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el condado donde reside o acceda a su sitio web en (<https://access.wisconsin.gov/access/>) para obtener ayuda.

Sección B: No se le requiere hacer la Declaración de Impuestos

Por favor incluya la siguiente información con su solicitud:

- Para todas las cuentas bancarias mencionadas anteriormente, incluya la declaración completa y detallada del mes más reciente. Las declaraciones deben incluir el nombre de la institución financiera, el nombre del titular de la cuenta, el(los) número(s) de cuenta y necesita incluir todas las páginas.
- 2 talones de cheque más recientes de nómina (sueldo) o prueba de ingresos recibidos
- Llene completamente y firme la Solicitud Caring Hearts.
- Respuesta de aprobación/rechazo por escrito de la Asistencia Médica si alguno de estos se aplica:
 - Si tiene niños menores de 18 años
 - Si usted está actualmente embarazada
 - Si se ha determinado que está discapacitada/o
 - Si usted es mayor de 65 años
 - Si usted es un(a) inmigrante de Wisconsin con una emergencia médica
 - Si no tienes hijos adultos y está dentro del Índice Federal de Pobreza

Póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el condado donde reside o acceda a su sitio web en (<https://access.wisconsin.gov/access/>) para obtener ayuda.

Sección C: Propio Negocio

Por favor incluya la siguiente información con su solicitud:

- Por favor envíe una copia de su más reciente Declaración Federal de Impuestos. Para pedir una copia si lo necesita, por favor llame al 1-800-829-1040.
- Para todas las cuentas bancarias mencionadas anteriormente, incluya la declaración completa y detallada del mes más reciente. Las declaraciones deben incluir el nombre de la institución financiera, el nombre del titular de la cuenta, el(los) número(s) de cuenta y necesita incluir todas las páginas.
- Llene completamente y firme la Solicitud de Caring Hearts.
- Respuesta de aprobación/rechazo por escrito de la Asistencia Médica. Póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el condado donde reside o acceda a su sitio web en (<https://access.wisconsin.gov/access/>) para obtener ayuda.

Sección D: Se le Requiere Declarar Impuestos Y Su Situación Financiera Ha Cambiado Desde La Declaración

Por favor incluya la siguiente información con su solicitud:

- Por favor envíe una copia de su más reciente Declaración Federal de Impuestos. Para pedir una copia si lo necesita, por favor llame al 1-800-829-1040.
- Para todas las cuentas bancarias mencionadas anteriormente, incluya la declaración completa y detallada del mes más reciente. Las declaraciones deben incluir el nombre de la institución financiera, el nombre del titular de la cuenta, el(los) número(s) de cuenta y necesita incluir todas las páginas.
- 2 talones más recientes de cheque de nómina (sueldo) o prueba de ingresos recibidos
- Llene completamente y firme la Solicitud de Caring Hearts.
- Respuesta de aprobación/rechazo por escrito de la Asistencia Médica si alguno de estos se aplica:
 - Si tiene niños menores de 18 años
 - Si usted está realmente embarazada
 - Si se ha determinado que está discapacitada/o
 - Si usted es mayor de 65 años
 - Si usted es un(a) inmigrante de Wisconsin con una emergencia médica
 - Si no tienes hijos adultos y está dentro del Índice Federal de Pobreza

Póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el condado donde reside o acceda a su sitio web en (<https://access.wisconsin.gov/access/>) para obtener ayuda.

Cambios Financieros

Por favor describa cualquier cambio financiero que haya ocurrido desde la finalización de la declaración de impuestos federales más reciente. Adjunte cualquier documentación adicional o verificación de los cambios financieros que se detallan a continuación.

Describe Los Cambios:	Anterior	Actual
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____