



Baldwin Area Medical Center, Inc.
730 10th Ave
Baldwin, WI 54002
715-684-5172
If You Have Any Questions on the
Application, Please Call.

APLICACIÓN DEL CUIDADO COMUNITARIO

Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Veterano: [ ]No [ ]Si Si es veterano, ha aplicado para el Subsidio de Veteranos? \_\_\_\_\_

Empleo: [ ]Aplicante [ ]Esposa \_\_\_\_\_

Domicilio de empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono de empleo: \_\_\_\_\_

Fecha de empleo: \_\_\_\_\_

Fecha de desempleo: \_\_\_\_\_

Empleo previo/fecha: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Poliza de Asegurancia de salud: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Día de inscripción \_\_\_\_\_ Tiene su empleo asegurancia disponible?: \_\_\_\_\_

Nombre de dependientes (reclamados en los impuestos) Edad, Relación

1. \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Debe-cualquier balance relacionado con compensación de trabajo o responsabilidad de accidente?

Escriba la fecha de servicio : \_\_\_\_\_

Escribir Ingresos

[ ] Ninguno: Entonces como se mantiene usted mismo: \_\_\_\_\_
(Si alguien lo mantiene , favor pedirles una carta describiendo esto y mandar esta carta con su aplicacion)

[ ] Sueldo [ ]Veterano [ ]Pensión

[ ]Mantención de menores [ ]Pensión alimenticia [ ]Seguro Social

Dar la cantidad y fechas si recibe lo siguiente:

Compensacion de trabajo: \_\_\_\_\_ Desempleo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff person giving out the application: \_\_\_\_\_

Describa las cantidades de:

Ahorros: \_\_\_\_\_ chequera: \_\_\_\_\_ Propiedades: \_\_\_\_\_

IRA: \_\_\_\_\_ Acciones/bonos \_\_\_\_\_ Terrenos: \_\_\_\_\_

### Dar informacion financiera:

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo que el Programa de Cuidado Comunitario del Centro Médico de el Area de Baldwin obtenga información financiera acerca de mi de la Administracion de seguridad social, instituciones financieras or companias de seguro con el proposito de determinar mi necesidad de ayuda. Esta autorización es válida por 90 dias de la fecha de mi firma. La puedo revocar cualquier día, con excepción, que el centro médico dependa de el. Yo entiendo que una copia de este consentimiento es tan válida como el original. Por esto yo certifico que la información de esta aplicación es correcta.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Razones por la aplicación:** Yo entiendo que el programa de Cuidado Comunitario no es un programa de aseguranza ni es un programa social. Este no es un programa que reemplazara los beneficios que son, o que podrian ser, recibidos de programas del gobierno u otros programas. Yo debo de entender que debo de agotar otras opciones de pago como condición de aprobación para la consideración de descuento bajo este programa. La razón de mi aplicacion en este tiempo es por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta es firmada por otra persona ademas del paciente, completar lo siguiente:

Firma de la persona legalmente autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El paciencs  menor de edad  incompetente  desabilitado

Autoridad legal:  guardian  padre del menor

**Esta aplicación no puede ser procesada hasta que:**

**Sea completada:**

1. Razón de aplicación  2. Sección de de informacion firmada  3. número de teléfono

**Acciones y/o copia incluida:**

1. Copia de sus impuestos federales para verificar sus ingresos personales.

2. Copia del talón de su cheque de su empleo (talones de todos los adultos de su casa)

Si usted es empleado propio debe de presentar una copia de sus impuestos federales.

3. Copia de verificación de compensación de desempleo u otro ingreso fijo como: pensiones de veteranos, seguridad social, jubilacion, fondos de compensacion de accidente, mantenimientos de hijos o incapacidad.

4. Copia de los últimos tres estados de balances de ahorro y cuenta chequera.

5. Si usted no es capaz de trabajar, usted debe de aplicar por incapacidad y darnos verificación de esa aplicación y una copia del rechazo. Y usted debe de resumtir un apelación del rechazo inicial del cobertura de incapacidad.

6. Usted debe de haber aplicado para asistencia médica Badger Care Plus plan dentro de tres meses antes de haber aplicado por esta. Una copia del rechazo debe ser proveída con esta aplicación.

Aplicación puede ser obtenida en el sitio de la web:[www.access.wisconsin.gov/access/](http://www.access.wisconsin.gov/access/)

Importante: Si recibimos una aplicación incompleta, su cuenta esta al riesgo de acción de agencia de colección. Por favor mandar toda la información necesaria para que nuestro centro médico pueda procesar su aplicación a tiempo. Aplicaciones deben de ser retornadas en 14 días o menos para asegurarle una respuesta pronta.

wma11/09