



Estimado Padre y/o Guardián Legal de Catalpa,

Adjunto por favor encuentre una solicitud de Catalpa Cares.

Catalpa Health ha establecido cierta elegibilidad basada en los Estándares de Pobreza Federales. La aceptación será otorgada consistente e igualmente a todos los pacientes que cumplan con este criterio.

Se requiere la asignación de todos los beneficios del seguro de salud antes de considerar la elegibilidad.

Por favor devuelva esta solicitud completa con toda la información necesaria en la lista de verificación adjunta dentro de los próximos 15 días. Un representante de Catalpa Health estará en contacto con usted una vez que la solicitud se haya recibido y revisado.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar la aplicación, por favor llámenos.

Sinceramente,

Nicole Wohlt
Coordinadora de Catalpa Cares
P: (920) 702-3411
F: (920) 882-5495



Servicios: Clínica _____ Escuela _____ IOP _____

Nombre/s del/de los Paciente/es por el/los que usted está pidiendo la asistencia:
 _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Cuenta: (si lo sabe) _____

Saldo Total Adeudado (si lo sabe) \$ _____

- Sección 1 -

Información Personal:

Nombre de Feador: _____

Nombre del Esposo/sa: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Enumere **LOS** dependientes menores de 18 años que **VIVAN** con usted:

Nombre	Edad

¿ Tuvo cobertura de Seguro Médico o Asistencia Médica en algún momento durante el año pasado?

Sí

No

Nombre de Cobertura	Número de Identificación de Miembro/Suscrito	Nombre de los suscritos	Día de Efectividad

- Sección 2 -

Información Financiera: Por favor anote su salario mensual total en cada sección. (Total = antes de impuestos y deducciones)

Nombre del Empleador y Número de Teléfono	Fiador	Esposo/sa	
Título en su Trabajo			
Salario (Mensual Total)			
Ingreso de Seguro Social			
Plan de Jubilación			
Otro Ingreso (Manutención, Manutención para menores, etc.).			

Por favor añada cualquier circunstancia extenuante que usted sienta que podría ser beneficioso cuando la solicitud se revise. (Por favor no dude en adjuntar páginas adicionales)

Autorizo a Catalpa a verificar toda la información presentada en esta solicitud, incluyendo pero no limitado a: Empleo, Seguro y verificación de Ingresos. Entiendo que cualquier información falsa o incompleta anulará esta solicitud y me excluirá de asistencia financiera. Certifico que la información enviada es verdadera y correcta y que todos los bienes y obligaciones han sido listados.

Firma de la persona que completó la solicitud

Fecha

Relación con el Avalista

LISTA DE VERIFICACIÓN

Se le proporciona este listado a usted para que lo use antes de devolver la solicitud. Para procesar su solicitud por favor asegúrese de incluir copias de lo siguiente:

Declaración de Impuestos de años anteriores (Si usted no tiene una copia de ésta, la puede obtener llamando al IRS al 800-829-1040, o en el sitio web <http://www.irs.gov>.)

Marque aquí si usted **NO** declaró impuestos el año pasado

Si usted figura en los impuestos de alguien como dependiente, por favor identifique a esta persona

Nombre: _____ Relación: _____

Talones de empleo de los últimos 3 meses (nómina o desempleo, etc.)

Si usted no los tiene, su empleador se los puede proporcionar.

Otros ingresos (por ejemplo: manutención para menores, pensión alimenticia, seguro social, o ingresos por pensión)

Negación por escrito de Asistencia Médica. (Si aplica)

¿Se acordó de completar toda la solicitud, incluyendo las **Secciones 1 y 2**?

¿Se acordó de firmar la solicitud?

¿Se acordó de devolver esta lista de verificación con toda la información?

¿Si otra persona que no sea usted ha preparado este formulario, nos autoriza a discutir este asunto con ellos en caso de que tengamos alguna pregunta? Sí No

Si contestó que sí, por favor proporcione su nombre y número de teléfono
