



Estimado paciente:

Nosotros proveemos asistencia financiera a personas en niveles de pobreza o por debajo de ellos.

La elegibilidad depende si cumple con:

- cooperación de su parte para solicitar Medicaid
- siendo considerado como inelegible para Medicaid
- calificación de ingreso como se señala abajo,
- residencia

Para determinar si usted puede ser elegible para los programas de asistencia financiera disponibles, usted debe proveer una solicitud de asistencia financiera rellena, así como también copia de uno de los documentos de cada categoría detallada al dorso de esta carta. Una vez que la recibamos procesaremos su solicitud y le notificaremos nuestra determinación.

DIRECTRICES FEDERALES SOBRE INGRESO

Tamaño de la familia	Ingreso por año
1	\$24,980
2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180

* Para familias con más de 6 miembros añada \$8,840 por cada miembro.

Asistencia financiera no es seguro médico y no satisface los criterios para seguro médico, como lo define en Affordable Care Act. La aprobación para ayuda financiera es válida únicamente para los saldos no cubiertos por terceros. La ayuda financiera no cubre los saldos que resulten por haber fallado a darle seguimiento o no haber proporcionado la información requerida por su compañía de seguros o por no haber cooperado con el proceso de su solicitud de Medicaid.

Los beneficiarios de Medicaid no son elegibles para la ayuda financiera. La asistencia financiera no puede utilizarse para cubrir los servicios si usted recibe la cobertura de Medicaid mediante una compañía de seguros que no este conectada a la red de UC Health.

Si usted cree que califica para alguno de estos programas, por favor llame al (513) 585-6200 o (800) 277-0781 para pedir una solicitud financiera. Si usted cree que no califica para asistencia bajo los programas arriba mencionados, el departamento de servicio al cliente puede discutir otros programas o arreglos de pago con usted.

Gracias por seleccionar UC Health para su cuidado médico.

Por favor, complete y firme la solicitud de asistencia financiera y provea copia de uno de los siguientes documentos en cada categoría:

Categoría 1 – Prueba de ingreso

- Si usted declara que no tiene ingreso, la persona que le provee ayuda financiera básica debe completar una declaración jurada validando su falta de ingreso.
- Talón de cheques por tres meses anteriores a la fecha de servicio (que incluya nómina, Seguro Social, compensación laboral, compensación por desempleo, etc.) o récord de pago comparable. Si trabaja por su cuenta, por favor envíe un estado de ingresos y gastos notariado por los tres meses anteriores a la fecha de servicio.
- Carta del patrón estableciendo detalles de compensación en papel membretado oficialmente y con el contacto de información.
- Orden de mantengo expedida por la Corte.
- Copia del cheque o carta de beneficios (por ejemplo: Carta de beneficios de Seguro Social)
- Carta del arrendatario estableciendo el ingreso por concepto de renta.

Nota: No aceptamos declaración de impuestos, estados de cuenta del banco, Formas 1099, ni Formas W-2 como, etc. pruebas de ingresos.

Categoría 2—Prueba de residencia:

- Licencia de conducir o registro de vehículo --que concuerde con su dirección actual.
- Recibos de renta pagados dentro de un período de 60 días desde que se le rindió servicio.
- Libreta hipotecaria.
- Factura de utilidad, factura de tarjeta de crédito o estado bancario fechado por el emisor o sello postal dentro de un período de 60 días desde que se le rindió servicio.
- Confirmación de dirección si una visita al hogar es hecha por personal del hospital.
- Copia de la declaración de impuestos de propiedad mas reciente del condado de Hamilton.
- Confirmación de dirección de una agencia de colecciones.
- Carta de la administración, compañía hipotecaria o persona que provea al paciente alojamiento, incluyendo refugio para personas desamparadas.

Dónde enviar su solicitud completa:

Correo a: UC Health Correspondence Unit 3200 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45229	Fax a: 513-585-7454
	E-mail para: pfs@uchealth.com

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

El Centro Medico de Hospital de
la Universidad de Cincinnati

West Chester
Hospital

El Centro Medico de
Daniel Drake

Médicos de la
Universidad de Cincinnati

POR FAVOR RELLENE EN LETRA DE MOLDE:

Fecha de hoy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Dia			Año		Record Medico #	
								Cuenta #	

Nombre del paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Nombre	Inicial

**Persona responsable (de
no ser el paciente)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Nombre	Inicial

Dirección del paciente

<input type="text"/>				<input type="text"/>
Calle				# de apartamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Condado	Estado	Zona Postal	

**Telefono
en Casa:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Area Code							

**Telefono
del
Trabajo:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Area Code							

Dirección Electrónica:

<input type="text"/>

**Numero de Seguro
Social del paciente:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Fecha de nacimiento del
paciente:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Dia			Año	

**Fecha en que recibió
servicio en el hospital:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Dia			Año	

Por favor enumere todos los miembros incluyéndose usted. Los miembros de familia incluyen solicitante, sus esposos(as) niños (naturales o adoptivos) bajo las edades de 18 que estén viviendo en el hogar junto con el solicitante. El ingreso incluye salario bruto (antes de contribuciones) ingreso por concepto de renta, compensación por concepto de desempleo, beneficios de Seguro Social, asistencia pública etc.

Miembros de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingreso o nombre del patrón	Ingreso durante 3 meses antes de la fecha de servicio	Ingreso durante 12 meses antes de la fecha de servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

*El Estado de Ohio no tiene distinción legal de "legalmente separado" para parejas casadas. Hasta que no se conceda un decreto final de divorcio, anulamiento, disolución, etc. la pareja casada y el esposo o esposa deben incluirse como miembro de la familia.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA UC HEALTH

¿Vivía usted en Ohio al momento de recibir servicios en el hospital?	Si		No	
¿Era usted residente Americano al momento de recibir servicios del hospital?	Si		No	
¿Tenía usted seguro médico en el momento en que se le proveyó el servicio en el hospital?	Si*		No	
¿Estaba usted activamente recibiendo asistencia por concepto de incapacidad o Medicaid al momento de recibir servicios en el hospital?	Si*		No	

** Si usted contestó "Sí" a alguna pregunta, por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico (delantera y trasera), Medicaid o Asistencia por Incapacidad a esta solicitud y complete lo siguiente:*

Nombre de la compañía de seguro

de Póliza:

Grupo:

Teléfono de la aseguradora:

Número de Medicaid o Asistencia por Incapacidad:

Si usted reportó \$0.00 ingreso arriba, por favor que la persona(s) que le provee ayuda a usted y su familia rellene la declaración de mantengo.

Declaración de mantengo

Para los solicitantes que declararon cero ingreso, la persona(s) que provee(n) ayuda financiera básica debe(n) proporcionar una explicación breve de como a usted se le esta sosteniendo financieramente. Enumere servicios, si alguno, que usted haya recibido de parte del paciente por proveer este sostén.

Por la presente certifico y verifico que toda la información precedente dada es verdadera y correcta según lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que mi firma no me obliga a ser financieramente responsable por cargos dados a la persona para quien proporciono el apoyo básico financiero.

Firma de la persona que mantiene al solicitante

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Con mi firma abajo, certifico que con cuidado he leído esta solicitud y que todo lo que he declarado o he proveído en cualquier adjunto es verdadero y correcto según lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que es ilegal a sabiendas someter información falsa para obtener ayuda financiera.

Firma del paciente/Garante: _____ **Fecha en que se completó:** _____

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud por favor llame a 513-585-6200 o 1-800-277-0781.