



Estimado(a) paciente:

Brindamos asistencia financiera total o parcial a personas cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los lineamientos de ingresos que se enumeran a continuación.

La elegibilidad depende de:

- Cooperación con la solicitud de Medicaid.
- No calificar para Medicaid
- Cumplir con los requisitos de ingresos descritos a continuación.
- Cumplir con los requisitos de residencia

Con el fin de determinar si usted puede ser elegible para recibir los programas de asistencia financiera disponibles, debe proporcionar una Solicitud de Asistencia Financiera completa, junto con una copia de uno de los documentos de cada categoría enumerada en la página 2 de esta carta. Después de recibir la solicitud, la procesaremos y le notificaremos nuestra determinación.

REGLAS GENERALES SOBRE INGRESOS

Tamaño de la familia	Ingresos por año	Tamaño de la familia	Ingresos por año
1	\$ 62 600	6	\$172 600
2	\$ 84 600	7	\$194 600
3	\$ 106 600	8	\$216 600
4	\$ 128 600	9	\$238 600
5	\$ 150 600	10	\$260 600

* Para familias de más de diez integrantes, agregue \$22 000 adicionales por cada miembro.

La asistencia financiera no es un seguro de salud y no cumple con los criterios de seguro de salud según lo define la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las aprobaciones de asistencia financiera son válidas únicamente para saldos no cubiertos por un tercero. La asistencia financiera no cubre los saldos resultantes de su falta de cumplimiento de las solicitudes de información de su compañía de seguros o de su falta de cooperación con el proceso de solicitud de Medicaid. La asistencia financiera no se puede utilizar para servicios no cubiertos para beneficiarios de Medicaid.

La asistencia financiera de UC Health está destinada para ciertos cargos de hospitales, médicos y farmacias incurridos en un hospital de UC Health o en un consultorio médico de UC Health. Los gastos cosméticos, los trasplantes o gastos relacionados, el equipamiento médico duradero, la atención médica domiciliaria, el transporte o los servicios de enfermería especializada de terceros no están cubiertos.

Si tiene dudas, llame al (513) 585-6200 o al (800) 277-0781. Si cree que usted no es elegible para recibir ayuda financiera según los programas anteriores, Servicio a Clientes (Customer Service) puede hablar con usted sobre otras calificaciones para programas u opciones de pago en el momento adecuado.

Gracias por elegir UC Health para sus cuidados médicos.

Complete y firme la Solicitud de asistencia financiera y proporcione una copia de uno de los siguientes documentos para cada categoría:

Categoría 1 – Comprobante de ingresos:

- Si usted indica que no posee ingresos, deberá completar una declaración jurada de la persona que le brinda el sustento económico básico, para validar su falta de ingresos.
- Talones de cheques de los tres meses anteriores a la fecha del servicio (incluidos talones de pago, Seguro Social, Compensación al Trabajador, compensación por desempleo, etc.) o registro de pago comparable. Los pacientes autónomos o cuentapropistas deberán enviar declaración jurada de ingresos y gastos correspondiente al periodo de tres meses anterior a la fecha del servicio.
- Una carta de su empleador que establezca detalles de compensación en el membrete oficial del empleador con información de contacto.
- Orden judicial de manutención.
- Copia de carta de beneficios/cheque (por ej. carta de beneficios del Seguro Social).
- Carta de inquilino estableciendo ingreso por alquiler.

Nota: NO aceptamos declaraciones de impuestos, formularios 1099, formularios W-2, etc. como prueba de ingresos.

Categoría 2 – Comprobante de residencia:

- Licencia de conducir o registro de vehículo: debe coincidir con su dirección actual.
- Recibos de alquiler pagados en un plazo de 60 días desde que se brindaron los servicios.
- Estado de cuenta de hipoteca.
- Factura de servicios públicos, factura de tarjeta de crédito o extracto bancario con matasellos o fecha del emisor dentro de los 60 días posteriores a la prestación de los servicios.
- Copia de la factura de impuestos sobre la propiedad del condado de Hamilton más reciente.
- Carta de la administración del contrato de arrendamiento, compañía hipotecaria o refugio para personas sin hogar.

Categoría 3 – Activos:

Una copia del estado de cuenta de su cuenta corriente o de ahorros con fecha dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio.

Dónde enviar su solicitud completa:

Por correo postal a: UC Health Correspondence Unit 3200 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45229	Enviar fax a: 513-585-6102
	Envíe un correo electrónico a: pfs@uchealth.com



SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

University of Cincinnati
Medical Center

West Chester Hospital

Daniel Drake Center
for Post Acute Care

University of Cincinnati
Physicians

COMPLETE 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		Día		Año		N.º registro médico		N.º cuenta	

Nombre del(de la)
paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do nombre

Tercero responsable, si
no es el paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do nombre

Dirección del
paciente:

<input type="text"/>			
Calle			Apartamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Condado	Estado	Cód. postal

Teléfono
o casa:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código de área			

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

Teléfono
trabajo:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código de área			

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

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

Correo electrónico:

Número 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"/>	<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		Día		Año			

Fecha del
servicio:

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

Indique todos los miembros de la familia (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen al solicitante, su cónyuge* y sus hijos (naturales o adoptivos) menores de dieciocho años que vivan en el hogar junto con el solicitante. El ingreso incluye salarios brutos (antes de impuestos), ingreso por rentas, indemnización por desempleo, beneficios de Seguro Social, asistencia pública, etc.

Miembros de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingreso o nombre del empleador	Ingresos de los 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos de los 12 meses antes de la fecha del servicio
1.		Propio			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

*El estado de Ohio no tiene una distinción legal de "legalmente separados" para los matrimonios. Hasta que se otorgue una sentencia de divorcio definitiva, anulación, disolución, etc., una pareja separada es lo mismo que una pareja casada y el/la cónyuge se debe incluir como miembro de la familia.

**UC HEALTH
SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA**

¿Tiene usted una cuenta corriente o de ahorros? (Incluir copia de la declaración)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Usted era residente de Ohio al momento de recibir el servicio en el hospital?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Usted era ciudadano(a) de Estados Unidos al momento de recibir el servicio en el hospital?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Tenía seguro de salud al momento de recibir el servicio en el hospital?	Sí*	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Usted era beneficiario activo de ayuda por discapacidad o Medicaid al momento de recibir el servicio en el hospital?	Sí*	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

* Si contestó "Sí" a cualquiera de las dos preguntas anteriores sobre seguro, adjunte una copia de su tarjeta de seguro (adelante y atrás), tarjeta de Medicaid o de ayuda por discapacidad a esta solicitud y complete lo siguiente:

Nombre de la aseguradora:

Número de póliza:

Número de grupo:

Teléfono de la aseguradora:

Número de Medicaid o asistencia por discapacidad:

Si informó ingresos de \$0,00 arriba, solicite a la(s) persona(s) que ayudan a sustentarlo a usted o a su familia que completen la Declaración de apoyo a continuación.

DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN

En el caso de las personas que presentan la solicitud y declararon un ingreso cero, la persona o las personas que le brindan apoyo financiero básico deben proporcionar una breve explicación de cómo se lo está manteniendo financieramente. Enumere los servicios, si corresponde, que está recibiendo del paciente para brindar esta asistencia.

Por la presente certifico y verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no me obliga a ser financieramente responsable de los cargos rendidos a la persona a quien estoy brindando asistencia financiera básica.

Firma de la persona que proporciona manutención a la persona que presenta la solicitud

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Con mi firma a continuación, certifico que he leído atentamente esta solicitud y que todo lo que he declarado o proporcionado en cualquier archivo adjunto es verdadero y correcto según mi leal saber y entender. Entiendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener asistencia financiera.

Firma de paciente/garante: _____ Fecha en que se completó: _____

Si tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame al 513-585-6200 o al 1-800-277-0781.