



University Hospital
West Chester Hospital
Drake Center

Estimado paciente:

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

La elegibilidad depende si cumple con:

- 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	\$21,780
2	\$29,420
3	\$37,060
4	\$44,700
5	\$52,340
6	\$59,980
7	\$67,620
8	\$75,260

* Para familias con más de 8 miembros añada \$7,640 por cada miembro.

Si usted cree que califica para alguno de estos programas, por favor llame al (513) 585-7600 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 un hospital de UC Health para su cuidado médico.

(POR FAVOR VEA INFORMACION IMPORTANTE AL DORSO)

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. Debe adjuntarse copia de prueba de residencia de la persona que lo mantiene con fecha dentro de los 60 días de servicio.
- 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 patron estableciendo detalles de compensación en papel membretado oficialmente y con el contacto de informacion.
- Copia de la declaracion de impuestos del año anterior (si se autoemplea provea el “Schedule C” y un estado de ingresos por un periodo de 3 meses anteriores a la fecha que se le proveyó servicio). Las declaraciones de impuestos son aceptadas sólo para las fechas de servicio hasta el 31 de marzo del año siguiente.
- 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.
- Confirmación de paga recibéndose en caso de estar en huelga..

Categoría 2—Prueba de residencia:

- Licencia de conducir o registro de vehículo --que concuerde con su dirección actual.
- Registro de votación.
- 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 declaracion 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.
- Reporte de crédito.



SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

University Hospital
 West Chester Hospital
 Drake Center

POR FAVOR RELLENE EN LETRA DE MOLDE:

Fecha de hoy:

		/			/		
Mes			Día			Año	

Nombre del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial
----------	--------	---------

Persona responsable (de no ser el paciente)

Apellido	Nombre	Inicial
----------	--------	---------

Dirección del paciente:

Calle	# de apartamento		
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Teléfono del hogar:

			-				
Código de área							

Teléfono del trabajo:

			-				
Código de área							

Dirección Electronica:

Número de Seguro Social del paciente:

			-				
--	--	--	---	--	--	--	--

Fecha de nacimiento del paciente:

		/			/		
Mes			Día			Año	

Fecha en que recibió servicio en el hospital:

		/			/		
Mes			Día			Año	

¿Vivía usted en Ohio al momento de recibir servicios en el hospital?

Sí 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

**UC HEALTH
SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Por favor enumere todos los miembros incluyéndose usted. Los miembros de familia incluyen padres, esposos(as) niños (naturales o adoptivos) bajo las edades de 18 que estén viviendo en el hogar junto con el paciente. 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. Ingreso también incluye renta o gastos de vivienda intercambiados por servicios provistos.

Miembros de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingreso o nombre del patron	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.					
7.					

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. **La persona de apoyo debe proporcionar prueba de residencia con fecha correspondiente a más de 60 días a partir de la fecha de servicio.** 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 513-585-7600 o 1-800-277-0781|