



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**

<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Ingreso por año</b>
1	\$25,760
2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160

\* Para familias con más de 6 miembros añada \$9,080 por cada miembro.

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

La asistencia financiera de UC Health es para ciertos cargos hospitalarios y cargos médicos incurridos en un hospital de UC Health o en el consultorio de un médico de UC Health. Los cargos por cosméticos, equipos médicos duraderos, atención médica en casa, transporte o servicios de enfermería especializada de terceros no serán cubiertos.

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:**

<b>Correo a:</b>  UC Health Correspondence Unit 3200 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45229	<b>Fax a:</b>  513-585-7454
	<b>E-mail para:</b>  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:**

		/			/				
Mes			Dia			Año		Record Medico #	Cuenta #

**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	Zona Postal

**Telefono en Casa:**

				-					-				
Area Code													

**Telefono del Trabajo:**

				-					-				
Area Code													

**Dirección Electrónica:**

--

**Numero de Seguro Social del paciente:**

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

**Fecha de nacimiento del paciente:**

		/			/		
Mes			Dia			Año	

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

		/			/		
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	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Era usted residente Americano al momento de recibir servicios del hospital?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Tenía usted seguro médico en el momento en que se le proveyó el servicio en el hospital?	Si*	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Estaba usted activamente recibiendo asistencia por concepto de incapacidad o Medicaid al momento de recibir servicios en el hospital?	Si*	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

*\* 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.