



Estimado/a paciente:

Resumen del texto simplificado de la política de ayuda financiera: Es política de UC Health brindar ayuda financiera a los pacientes que la necesitan. UC Health brindará los servicios médicamente necesarios sin costo, o a un monto reducido, a las personas que sean elegibles según la política de ayuda financiera. Se puede pedir una copia de la política de ayuda financiera llamando al (513) 585-6200 o al (800) 277-0781 o puede visitar nuestro sitio web en <http://uchealth.com/financiamiento/financiamiento-asistencia/> para descargar copias. De acuerdo con la ley, UC Health siempre brindará tamizaje médico y tratamiento de estabilización necesario a pacientes en un departamento de emergencias de hospital, incluso si no pueden demostrar capacidad de pago por esos cuidados.

Elegibilidad para ayuda financiera: UC Health brinda ayuda financiera total o parcial a las personas cuyo ingreso familiar sea igual o menor a los niveles de ingreso indicados más adelante. No se cobrará a los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera más por los cuidados médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a pacientes que tienen seguro.

La elegibilidad depende de cumplir los siguientes requisitos:

- Cooperación para presentar solicitud a Medicaid
- Ser considerado no elegible para Medicaid
- Calificaciones de ingreso según lo indicado a continuación
- Residencia

Presentar solicitud para ayuda financiera: Los documentos de la política de ayuda financiera de UC Health (incluidos la política, el resumen y la solicitud) están disponibles en nuestro sitio web en <http://uchealth.com/financiamiento/financiamiento-asistencia/> y hay disponibles copias impresas gratis en la sala de emergencia del hospital y en las áreas de registro. También se puede pedir una copia gratis de los documentos por correo llamando a los teléfonos indicados más adelante. Hay disponibles copias de este resumen y de la solicitud para ayuda financiera en inglés y en español.

Para determinar si usted puede ser elegible para los programas de ayuda financiera disponibles, debe proporcionar una solicitud de ayuda financiera completada, junto con una copia de uno (1) de los documentos de cada categoría indicados en la parte de atrás de esta carta lo antes posible. Luego de recibir la solicitud, la procesaremos y le notificaremos nuestra determinación.

Family Size	Federal Poverty Guidelines	Max Income for 100%	Max Income for 75%
1	\$13,590	\$20,385	\$27,180
2	\$18,310	\$27,465	\$36,620
3	\$23,030	\$34,545	\$46,060
4	\$27,750	\$41,625	\$55,500
5	\$32,470	\$48,705	\$64,940
6	\$37,190	\$55,785	\$74,380
7	\$41,910	\$62,865	\$83,820
8	\$46,630	\$69,945	\$93,260

*Para unidades familiares de más de 8 personas, agregar \$4,720 para cada persona adicional para determinar el nivel de pobreza indicado por el gobierno federal. Los niveles son publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el Registro Federal.*

Dirección postal para solicitudes de ayuda financiera y documentación adicional:

UC Health  
Patient Financial Services – Correspondence Unit  
3200 Burnet Ave.  
Cincinnati, OH 45229-9983

La ayuda financiera no es un seguro de salud y no cumple con los criterios de seguro de salud según se definen en la Ley de Cuidados de la Salud Asequibles. Las aprobaciones de ayuda financiera son válidas solo para los saldos no cubiertos por un tercero. La ayuda financiera no cubre saldos que sean consecuencia de su incapacidad de cumplir los pedidos de información de su aseguradora o su falta de cooperación en el proceso de solicitud de Medicaid.

Los beneficiarios de Medicaid no son elegibles para recibir ayuda financiera. La ayuda financiera no se puede usar para cubrir servicios si usted recibe cobertura de Medicaid a través de una aseguradora que no esté en red para UC Health.

Si tiene dudas, por favor 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.

**Todos los pacientes/garantes que reciban una solicitud de declaración financiera deben completar y entregar la solicitud, junto con los siguientes documentos que sirven como la información mínima necesaria para procesar una solicitud de ayuda financiera. UC Health se reserva el derecho de pedir documentación adicional antes de concluir un pedido de ayuda:**

<b>Comprobante de ingreso</b>	<b>Comprobante de residencia</b>
Si usted declara que no tiene ingresos, la persona que le proporciona manutención financiera básica debe completar una declaración jurada validando su falta de ingresos.	Licencia de conducir o registro de vehículo - Debe coincidir con su dirección actual.
Talones de cheque para los tres meses anteriores a la fecha de servicio (incluye pago de nómina, Seguro Social, indemnización laboral, indemnización por desempleo, etc.) o registro de pago similar. Si trabaja por cuenta propia, por favor envíe una declaración de ingresos y gastos certificada por un notario para el período de tres meses anterior a la fecha del servicio.	Carta de administración de alquiler, compañía de hipoteca o persona que brinda refugio al paciente, incluidos refugios para personas sin hogar.
Carta de su empleador estableciendo detalles de la remuneración impresa en papel con encabezamiento oficial del empleador con información de contacto.	Recibos de alquiler por renta pagada en un plazo de 60 días desde que se brindaron los servicios.
Orden judicial de manutención.	Estado de cuenta de hipoteca.
Copia de carta de beneficios / cheque (por ej. carta de beneficios de Seguro Social).	Factura de servicios públicos, factura de tarjeta de crédito o estado de cuenta bancaria con sello postal o fecha del emisor dentro del plazo de 60 días desde que se brindaron los servicios.
Carta de inquilino estableciendo ingreso por alquiler.	Copia de la factura más reciente de impuesto a la propiedad del Condado de Hamilton.
Pago por huelga.	Registro de votante.
NO aceptamos declaraciones de impuestos, estados de cuentas bancarias, Formularios 1099, Formularios W-2, etc. como prueba de ingreso.	Confirmación de la dirección si personal del hospital hace una visita al hogar.



## SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

University of Cincinnati Medical Center  West Chester Hospital  Daniel Drake Center  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 paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Primer nombre	Inicial 2do nombre

Tercero responsable, si no es el paciente:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Primer nombre	Inicial 2do nombre

Dirección del paciente:

<input type="text"/>				<input type="text"/>
Calle			Apartamento	
<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código de área										

Teléfono trabajo:

<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"/>
Código de área										

Email:

Número 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

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 la persona que presenta la solicitud, el/la cónyuge\* y los hijos (biológicos o adoptados) menores de 18 años que viven en el hogar con la persona que presenta la solicitud. 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	Ingreso de los 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingreso de los 12 meses antes de la fecha del servicio
1.					
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.

## SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

¿Usted era residente de Ohio en el momento en que recibió el servicio en el hospital?	Sí		No	
¿Usted era ciudadano/a de Estados Unidos en el momento en que recibió el servicio en el hospital?	Sí		No	
¿Tenía seguro de salud en el momento en que recibió el servicio en el hospital?	Sí*		No	
¿Usted era beneficiario activo de ayuda por discapacidad o Medicaid en el momento en que recibió el servicio en el hospital?	Sí*		No	

*\* 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:**

Si informó más arriba un ingreso de \$0.00, pida a la persona o las personas que ayudan a su manutención y/o la de su

**Número de póliza:**       **Número de grupo:**

familia que complete la declaración de manutención a continuación.

**Teléfono de la aseguradora:**       **Número de Medicaid o ayuda por discapacidad:**

### 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. Indique los servicios, si los hay, que usted recibe del paciente por proporcionar esta manutención.

---



---



---



---

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 responsable financieramente por los cargos por servicios prestados a la persona a la que le proporciono manutención básica.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que proporciona manutención a la persona que presenta la solicitud**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad, estado, cód. postal**

Al firmar a continuación certifico que leí con atención esta solicitud y que todo lo que declaré o proporcioné como documentos adjuntos es verdadero y correcto según mi leal saber y entender. Entiendo que es ilegal presentar información falsa a sabiendas para obtener ayuda financiera.

**Firma de paciente/garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha en que se completó:** \_\_\_\_\_

Si tiene dudas o necesita ayuda con esta solicitud, por favor llame al **513-585-6200** o **1-800-277-0781** o visite nuestro sitio web: <http://uchealth.com/financial/financial-assistance/>.