



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 80%	Max Income for 75%
1	\$15,060	\$22,590	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$30,660	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$38,730	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$46,800	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$54,870	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$62,940	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$71,010	\$142,020	\$189,360
8	\$52,720	\$79,080	\$158,160	\$210,880

Para unidades familiares de más de 8 personas, agregar \$5,380 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:

Comprobante de ingreso	Comprobante de residencia
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 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.