



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 los siguientes factores:

- La cooperación para presentar la solicitud a Medicaid.
- No ser elegible 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 enviaremos una notificación acerca de lo que determinemos.

REGLAS GENERALES SOBRE INGRESOS

Cant. de integrantes de la familia	Ingresos por año	Cant. de integrantes de la familia	Ingresos por año
1	\$ 63,840	6	\$177,440
2	\$ 86,560	7	\$200,160
3	\$ 109,280	8	\$222,880
4	\$ 132,000	9	\$245,600
5	\$ 154,720	10	\$268,320

* En el caso de las familias de más de 10 integrantes, agregue \$22,720 adicionales por cada uno.

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 Cuidados Médicos Asequibles (Affordable Care Act). Las aprobaciones de asistencia financiera son válidas únicamente para saldos no cubiertos por un tercero. La asistencia financiera no cubre los saldos derivados 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 cubrir ciertos gastos hospitalarios, médicos y de farmacia originados en un hospital 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 asistencia financiera según los programas anteriores, un representante del Servicio de Atención a Clientes (Customer Service) puede hablar con usted sobre otras calificaciones para acceder a programas u opciones de pago en ese momento.

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 recibir una declaración jurada de la persona que le brinda apoyo financiero básico para validar su falta de ingresos.
- Talones de cheques de los tres o doce meses anteriores a la fecha del servicio (lo que incluye talones de pago, carta de adjudicación del Seguro Social, Indemnización al Trabajador, indemnización 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 o doce meses anterior a la fecha del servicio.
- Una carta de su empleador en la que se indiquen sus ingresos brutos por periodo de pago en papel con membrete oficial del empleador, correspondiente al periodo de tres o doce meses anterior a la fecha del servicio. La carta debe incluir información de contacto del empleador.
- Orden judicial de apoyo financiero.
- Copia de carta de beneficios o cheque (por ej. carta de beneficios del Seguro Social).
- Carta de inquilino que establece ingreso por alquiler.

Nota: NO aceptamos declaraciones de impuestos, formularios 1099, 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 más reciente de impuesto a la propiedad del Condado de Hamilton.
- 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: UC Health Correspondence Unit 3200 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45229	Por fax: 513-585-6102 Por correo electrónico: pfs@uchealth.com
--	---



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

University of Cincinnati
Medical Center

West Chester Hospital

University of Cincinnati
Physicians

COMPLETE EN LETRA DE MOLDE:

Fecha de hoy: / /
Día Mes Año N.º registro médico N.º cuenta

Nombre del (de la) paciente:
Apellido Nombre de pila Inicial 2.º nombre

Tercero responsable, si no es el paciente:
Apellido Nombre de pila Inicial 2.º nombre

Dirección del paciente:
Calle Apartamento

Ciudad Condado Estado Cód. postal

Teléfono (casa): -
Código de área

Teléfono (trabajo): -
Código de área

Correo electrónico:

Número de Seguro Social del paciente: - -

Fecha de nacimiento del paciente: / /
Mes Día Año

Fecha del servicio: / /
Mes Día Año

Indique todos los miembros de la familia (incluido usted). Los integrantes 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	Ingresos de los 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos de los 12 meses antes de la fecha del servicio
1.		Soy el paciente			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

* El estado de Ohio no tiene una distinción legal de "legalmente separados" en el caso de 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.

¿Tiene una cuenta corriente o de ahorros? (Incluya copia del estado de cuenta)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Era residente de Ohio al momento de recibir el servicio en el hospital?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿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"/>
¿Era beneficiario(a) activo(a) de asistencia por discapacidad o de 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 seguros, adjunte una copia de su tarjeta de seguro (adelante y atrás), tarjeta de Medicaid o de asistencia por discapacidad a esta solicitud y complete lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros:

Número de póliza: Número de grupo:

Teléfono de la aseguradora: Número de Medicaid o asistencia por discapacidad:

Si informó más arriba un ingreso de \$0.00, pida a la persona o las personas que le brindan apoyo financiero a usted o a su familia que complete(n) la declaración de apoyo financiero que figura a continuación.

DECLARACIÓN DE APOYO FINANCIERO

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 este apoyo.

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 apoyo financiero básico.

Firma de la persona que proporciona apoyo financiero 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 del paciente o el garante: _____ **Fecha en que se completó:** _____

Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar esta solicitud, llame al 513-585-6200 o al 1-800-277-0781.