

Información sobre la Solicitud

UPMC ofrece asistencia financiera para la atención médica de individuos y familias que reúnan los requisitos necesarios. En base a sus necesidades económicas, pueden estar a su disposición la reducción de pagos o la atención gratuita.

Puede calificar para asistencia financiera si usted:

- tiene un seguro médico limitado o no tiene seguro médico alguno
- no califica para asistencia gubernamental (por ejemplo, Medicare o Medicaid)
- puede demostrar que tiene necesidades económicas
- es residente en el área principal de servicio de un proveedor de UPMC
- proporciona a UPMC la información necesaria sobre las finanzas familiares

Sobre el Proceso de Solicitud

El proceso de solicitud para la asistencia financiera de UPMC incluye los siguientes pasos:

- **Completar el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera de UPMC de este paquete.**
 - > Incluir los documentos justificativos que se enumeran en la lista.
 - > Revisamos sus ingresos y el tamaño de la familia para determinar el nivel de asistencia a su disposición. Nosotros usamos una escala móvil, basada en los lineamientos federales de pobreza.
 - > Tenga en cuenta que usted primero debe averiguar si califica para algún tipo de beneficios de seguro que cubra su atención (por ejemplo, indemnización laboral, seguro de automóvil, y Asistencia Médica). Podemos ayudarle a obtener los recursos apropiados.
- Nos comunicaremos con usted para decirle si califica para la asistencia financiera de UPMC.
- Podemos ayudarle a organizar un plan de pago de cargos pendientes o facturas que no estén cubiertos por la asistencia financiera de UPMC.
 - > El plan de pago tendrá en cuenta su situación financiera para establecer los pagos que usted puede manejar.

Presentar su Solicitud

Sírvase enviar el formulario de solicitud completo y las copias de sus comprobantes materiales de ingresos a:

UPMC Financial Assistance
Quantum Building
2 Hot Metal St., Third floor
Pittsburgh, PA 15203

Si usted tiene alguna pregunta, sírvase llamar al número gratuito 1-800-854-1745, presione la opción 1 y luego la opción 6. También hay información adicional disponible en la página Web, www.upmc.com; seleccione "About UPMC" (Acerca de UPMC) y luego, "Community Citizenship" (Ciudadanía de la Comunidad) y "Financial Assistance" (Asistencia Financiera).

Lista de Documentos

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que le correspondan. Sírvase adjuntar copias, no originales, ya que UPMC no devuelve los documentos que le envían con la solicitud. Si falta alguno de los documentos, se podrá retrasar el trámite de su solicitud.

Si Usted Tiene Ingresos:

Adjunte las pruebas adicionales de su ingreso familiar, que pueden incluir:

- formulario 1099 del Seguro Social o cartas de adjudicación
- cartas de adjudicación de desempleo o de indemnización laboral
- talonarios de sueldo de los últimos tres meses
- Si usted trabaja por cuenta propia, debe incluir un Anexo C y/o el estado de pérdidas y ganancias.

Si Usted No Tiene Ingresos:

- Si usted no tiene ingresos, envíenos una carta de respaldo. La persona que proporciona dicho respaldo debe firmar la carta.

Carta de Denegación de la Asistencia Médica

- Es necesario que usted aplique para Asistencia Médica y nos envíe una copia de su Carta de Denegación, antes de que podamos aprobar su solicitud.

Su Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera Completo y Firmado

- Sírvase completar todas las partes del formulario que le correspondan. Tenga en cuenta que debe completar una solicitud por separado para cada paciente que requiera de asistencia financiera.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Número de Seguro Social del Paciente: _____

Dirección: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Número de Teléfono Diurno: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Nombre del Empleador: _____ Nombre del Empleador del Cónyuge: _____

Servicios Solicitados: Marque los servicios para los cuales usted está solicitando ayuda financiera.

Estos servicios fueron proporcionados por (marque todos los que correspondan):

- Hospitales y Clínicas de UPMC División de Servicios Médicos de UPMC UPMC Cancer Centers

Si usted ya ha recibido un recibo, sírvase darnos su número de cuenta o el número de identificación del paciente:

¿Tiene usted seguro de salud? Sí No

¿Solicitó Asistencia Médica en los últimos 6 meses? Sí No

- Si es afirmativo, sírvase adjuntar una copia de la Carta de Denegación.

Información Familiar: Enumere TODOS los miembros de su hogar que aparecen en el Formulario IRS 1040 más reciente.

<i>Nombres</i>	<i>Relación con el Paciente</i>	<i>Edad</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número total de miembros del hogar (incluyendo al paciente): _____

Ingreso Familiar Mensual: Anote su ingreso mensual, así como el de los otros miembros del hogar. Además adjunte cualquier documento probatorio del ingreso (véase la lista de documentos).

	Propio	Cónyuge y/u otros miembros del hogar
Salarios/empleo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Pensión o ingreso por jubilación	\$ _____	\$ _____
Dividendos e intereses	\$ _____	\$ _____
Rentas y regalías	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Indemnización laboral	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia y manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingreso Familiar Mensual Total	\$ _____	\$ _____

Recursos Familiares Disponibles: Adjunte a esta solicitud copias de las declaraciones de los ingresos familiares de los tres últimos meses.

¿Usted y otros miembros de su familia tienen una cuenta bancaria? Sí No

- De ser afirmativo, debe adjuntar los estados de cuenta de los tres últimos meses.

Suministre la información sobre sus bienes inmuebles (casas, propiedades) y vehículos. Anote cero en cualquiera de estos artículos que usted no posea.

Valor de los Inmuebles: \$ _____ Saldo de la Hipoteca: \$ _____ Pago Mensual: \$ _____

Otra Propiedad: \$ _____ Saldo de la Hipoteca: \$ _____ Pago Mensual: \$ _____

Vehículo Motorizado: Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Propio Alquilado (marcar uno) Pago Mensual: \$ _____

Vehículo Motorizado: Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Propio Alquilado (marcar uno) Pago Mensual: \$ _____

Egresos Familiares Mensuales: Suministre información de los recibos que paga mensualmente.

Hipoteca/Alquiler: \$ _____ Utilidades: \$ _____ Comida: \$ _____

Impuestos sobre los Inmuebles: \$ _____ Otros (sírvase describirlos): \$ _____

Comentarios Adicionales:

Descargo de Responsabilidad: Entiendo que la información que proporcione será utilizada únicamente para determinar la responsabilidad financiera de mis cargos a la UPMC (atención médica, incluidos los servicios médicos y hospitalarios) y se mantendrá confidencial. Entiendo que todas las pruebas materiales que envíe para demostrar mis ingresos y bienes no me serán devueltas. Entiendo además que toda información que presente con respecto a mi ingreso familiar anual y tamaño de la familia está sujeta a verificación por parte de UPMC. Entiendo que si se determina que cualquier información que he proporcionado es falsa, puede resultar en la reversión de la aprobación de la asistencia financiera y seré responsable por el importe total de los cargos.

Mediante mi firma autorizo a la UPMC a verificar toda la información proporcionada en el presente formulario. Certifico que la información anterior es verdadera y exacta, según mi mejor conocimiento.

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____