



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para que se procese su solicitud debe proporcionar lo siguiente:

- » Información sobre su familia
  - o Anote el número de miembros de la familia en su grupo familiar (familia incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas)
- » Información sobre los ingresos brutos mensuales de la familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)
- » Declare los activos (tal como están indicados en el formulario de solicitud de asistencia financiera)
- » Adjunte la información adicional si es necesario
- » Firme y ponga la fecha en el formulario de asistencia financiera

**\*\*Se requiere verificación de la fuente de ingresos\*\***

Con la solicitud envíe copias de los siguientes documentos:

1. Últimos 2 recibos de pago (más recientes)
2. Declaración de impuestos federales presentada más reciente de todos los miembros de la familia. Si trabaja por cuenta propia, incluya la declaración de impuestos completa con todos los anexos.
3. Si está desempleado, proporcione prueba de beneficios por desempleo, beneficios de compensación de los trabajadores, beneficios del Seguro Social/jubilación, asistencia gubernamental (cupones de alimentos, General Relief, WIC, etc.), manutención infantil, beneficios por discapacidad o una carta de respaldo firmada
4. Prueba de cualquier otra fuente de ingresos tal como está indicada en el formulario de solicitud de asistencia financiera

No tiene que proporcionar un Número de Seguro Social para solicitar la asistencia financiera. Sin embargo, si nos proporciona su Número de Seguro Social, nos ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los Números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que nos proporcionan. Si no tiene un Número de Seguro Social, marque "no aplica" o "NA".

Envíe la solicitud completa con toda la documentación  
(asegúrese de conservar una copia para usted):

ULH Business Office  
PO Box 457  
Louisville, KY 40201  
(502) 587-4540

Nosotros le avisaremos sobre la determinación final de la elegibilidad y los derechos de aplicación, si corresponden, dentro de los siguientes 30 días calendario después de recibir una solicitud de asistencia financiera completa que incluya la documentación de los ingresos. Al enviar una solicitud de asistencia financiera, usted otorga su consentimiento para que nosotros podamos realizar las consultas necesarias para confirmar la información y las obligaciones financieras.

**\*\*\*ESTE PROGRAMA NO SE APLICA A LOS SERVICIOS DEL MÉDICO**

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL

Información del paciente					
Nombre: _____					
Fecha de nacimiento:	NSS:	Teléfono: _____			
Dirección actual: _____				Alquiler <input type="checkbox"/>	Propio <input type="checkbox"/>
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____			
Nombre de la persona responsable de pagar la cuenta (garante)					
Relación con el paciente		Fecha de nacimiento	NSS		
Estado civil (encierra una en un círculo): Casado    Soltero    Separado Divorciado    Viudo					
Situación laboral de la persona que paga la cuenta: (encierra en un círculo todas las que correspondan)					
Empleado    Fecha de contratación _____		Desempleado		(cuánto tiempo) _____	
Estudiante		Discapacitado		Jubilado	
		Otro _____			
Detalle los miembros de su grupo familiar incluyéndose. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. TAMAÑO DE TODA LA FAMILIA _____ TAMAÑO DE TODA LA FAMILIA _____					
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más: Nombre de los empleadores o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Total de ingresos mensuales brutos (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia?
					S/N
<b>Se deben divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia.</b> Fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: salarios, desempleo, empleo por su cuenta, compensación de los trabajadores, discapacidad, Seguridad de ingreso suplementario (SSI), manutención del cónyuge/hijos, programas de estudio y trabajo (estudiantes), pensiones, distribuciones de cuentas para la jubilación, apoyo de familiares/amigos, otro (explicar _____) <b>Se debe proporcionar la verificación de todos los ingresos, que incluye una carta de respaldo si usted no tiene ningún ingreso</b> TAMAÑO DE TODA LA FAMILIA _____					
Gastos mensuales					
Alquiler/hipoteca \$		Gastos médicos \$		Seguro \$	
Servicios públicos \$		Automóvil \$		Otro \$	
Activos					
Saldo de cuenta de cheques \$		Saldo de cuenta de ahorros \$		Otros \$	
Encierre en un círculo todo lo que corresponda de cualquier miembro del grupo familiar:    401 K    Acciones Bonos Cuenta de ahorros para gastos médicos    Fideicomisos    Propiedades    Propietario de un negocio Otros _____					
¿Ha solicitado Medicaid u otra asistencia estatal o del condado? (encierra una en un círculo) Sí / No.    Si respondió sí, proporcione lo siguiente: Fecha de la solicitud:    Estado de la solicitud:    Nombre del encargado del caso:    Teléfono del encargado del caso:					
Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que quisiera que nosotros supiéramos, tal como una dificultad financiera, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.					

**ENVÍE DE REGRESO LA SOLICITUD COMPLETA A:**  
 ULH BUSINESS OFFICE  
 PO BOX 2587  
 LOUISVILLE, KY 40202

\* Certifico que la información que proporcioné es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

\* De manera independiente o con la ayuda del personal del hospital solicitaré CUALQUIER y TODA asistencia que pueda estar disponible a través de fuentes federales, estatales, del gobierno local y privadas para ayudar a pagar esta factura de atención médica.

\* Entiendo que si no coopero con mi proveedor de atención médica proporcionando la información solicitada, mi solicitud de asistencia financiera puede ser denegada.

\* Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de mi proveedor de atención médica, incluye las agencias de informes de crédito y está sujeta a la revisión por parte de agencias federales o estatales y otros, según se requiera.

\* Entiendo que me pueden solicitar información adicional a fin de calificar para recibir la asistencia.

Nombre del paciente (en letra de molde)	Fecha:
Firma del solicitante	Fecha

**ENVÍE DE REGRESO LA SOLICITUD COMPLETA A:**

ULH BUSINESS OFFICE  
PO BOX 2587  
LOUISVILLE, KY 40202