

Asistencia financiera de UPMC

Información sobre la solicitud

UPMC ofrece asistencia financiera para recibir atención médica proporcionada por centros de salud de UPMC y médicos afiliados a UPMC a personas y familias que califican. En función de su necesidad económica, pueden estar disponible ya sea pagos reducidos o atención gratuita.

Usted puede ser calificar para recibir asistencia financiera si:

- cuenta con seguro médico limitado o carece de seguro médico
- no califica para recibir ayuda gubernamental (por ejemplo, Medicare o Medicaid)
- puede demostrar que tiene necesidad financiera
- es residente de área principal de servicio del proveedor de UPMC
- proporciona a UPMC información necesaria sobre las finanzas de su familia
- tiene facturas médicas en una cantidad que exceda su capacidad de pago, según lo determinen los lineamientos de UPMC

Acerca del proceso de solicitud

Para solicitar Asistencia financiera de UPMC, siga estos pasos:

- Complete el formulario de solicitud de Ayuda Financiera por parte de UPMC de este paquete.
 - > Incluya los documentos justificantes que figuran en la lista de verificación.
 - > Tenga en cuenta que debe explorar primero si califica para obtener algún tipo de beneficios del seguro que cubre su atención médica (por ejemplo, indemnización por accidentes de trabajo, seguro de automóviles y Asistencia Médica). Podemos mostrarle cómo obtener los recursos adecuados para estos.
 - > Evaluamos sus ingresos, activos y el tamaño de su familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Utilizamos una escala móvil, basada en los lineamientos federales de pobreza.
- Nos pondremos en contacto con usted para informarle si califica para recibir asistencia financiera de UPMC.
- Podemos ayudarle a establecer un plan de pago por cualquier cargo o factura pendientes que no están cubiertos por la asistencia financiera de UPMC.

Cómo completar su solicitud

Envíe por correo postal su formulario de solicitud completado y las copias de sus comprobantes de ingresos a:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Los pacientes de UPMC Kane, UPMC Susquehanna y UPMC Chautauqua WCA pueden enviar por correo postal la documentación de la solicitud a la siguiente dirección:

UPMC Kane

4372 Route 6
Kane, PA 16735

814-837-8585

UPMC Susquehanna

Financial Assistance Office
1205 Grampian Blvd.
Williamsport, PA 17701

1-800-433-0816 o 570-326-8196

UPMC Chautauqua WCA

Patient Financial Services Department
207 Foote Avenue
Jamestown, NY 14701

1-855-221-0343 o 716-664-0459

Si desea realizar alguna pregunta, llame a la línea gratuita **1-800-371-8359** y presione la opción **2**. También hay información adicional disponible en la web en **UPMC.com/PayMyBill**.

Asistencia financiera de UPMC – Lista de verificación de la documentación

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que se apliquen en su caso. Adjunte copias, no originales, ya que UPMC no puede devolver ningún documento enviado junto con la solicitud. Si falta alguno de los documentos, ello demorará el procesamiento de su solicitud.

Si tiene ingresos o activos como:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos comerciales
- Ingresos del seguro social
- Pensión o ingresos de jubilación
- Dividendos e intereses
- Cánones y regalías
- Indemnización por desempleo
- Ingresos de indemnización por accidente de trabajo
- Pensión alimenticia y manutención infantil
- Sentencias judiciales
- Efectivo, cuentas bancarias y cuentas en el mercado de valores.
- Certificados de depósito al cobro, fondos de inversión, bonos u otras inversiones fácilmente convertibles que pueden cobrarse sin sanciones

Adjunte el comprobante de los ingresos de su hogar, que puede incluir:

Formularios 1099 de Seguridad Social o cartas de concesión

Cartas de concesión de desempleo o indemnización por accidente laboral

Talones de pago de los últimos 30 días

Formulario 1040 del IRS más reciente y anexos correspondientes

Si trabaja por cuenta propia, debe incluir una declaración de impuestos completa con el Anexo C y/o el estado de pérdidas y ganancias

Cartas de apoyo

Otros ingresos, como ingresos por fondos fiduciarios, fundaciones de caridad, etc.

Adjunte prueba de sus activos, lo que podría incluir:

Estados bancarios, cuentas de fondos mutuos, cuentas de mercado de valores, pagos contra reembolso, bonos, etc. (declaración de este mes o del mes pasado de todas las cuentas)

Si no tiene ingresos:

Si no dispone de ingresos, envíenos una carta de apoyo. La persona que proporciona su apoyo debe firmar la carta.

Carta de denegación de asistencia médica

Tiene que solicitar Asistencia médica y enviar una copia de la Carta de denegación antes de que podamos aprobar su solicitud.

Su formulario de solicitud de Asistencia Financiera completado y firmado

Complete todas las partes del formulario que correspondan. Tenga en cuenta que debe completarse una solicitud independiente por cada paciente individual que solicita asistencia financiera.

Formulario de solicitud - Asistencia financiera de UPMC

Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento del paciente:		Número de Seguridad Social del paciente:	
Dirección:		Número de teléfono durante el día:	
Ciudad:	Estado:	Número de teléfono alternativo:	
Código postal:	Condado:		
Nombre del empleador:		Nombre del empleador del cónyuge:	

Servicios solicitados: Marque los servicios para los que solicita asistencia financiera.

Estos servicios los prestaba (marque todas las opciones que correspondan):

Clínicas y hospitales de UPMC	División de Servicios de Médicos de UPMC (UPMC Physician Services Division)	Centros para el cáncer de UPMC
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Si ya ha recibido una factura, infórmenos su número de cuenta o de ID de paciente: _____

¿Tiene seguro médico? Sí No

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

➤ Si la respuesta es sí, incluya una copia de la Carta de denegación.

Información del hogar: Enumere a TODOS los miembros de su familia, incluidos los dependientes, que se incluyeron en su Formulario 1040 del IRS más reciente. Si su miembro de la familia tiene una factura médica de UPMC que debe ser considerada para asistencia financiera, marque la casilla "Factura Médica de UPMC".

Nombres	Relación con el paciente	Edad	Factura médica de UPMC

Número total de miembros de la familia (incluido el paciente): _____

Ingresos mensuales del hogar: Informe el ingreso mensual suyo y de otros miembros de la familia. También adjunte cualquier comprobante de documentos de ingresos y activos (consulte la lista de verificación de documentación).

Ingreso bruto mensual	Yo	Cónyuge y/u otros miembros de la familia
Salarios/empleo por cuenta propia	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$
Ingresos de pensión o jubilación	\$	\$
Dividendos e intereses	\$	\$
Cánones y regalías	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Indemnización laboral	\$	\$
Pensión alimenticia y manutención infantil	\$	\$
Dinero en efectivo	\$	\$
Cuentas bancarias	\$	\$
Cuentas de mercado de valores	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Total de ingresos mensuales de la familia	\$	\$

Comentarios adicionales:

Exención de responsabilidad: Entiendo que la información que proporcione se utilizará únicamente para determinar la responsabilidad financiera de mis cargos en UPMC (atención médica, incluidos servicios hospitalarios y médicos) y será confidencial. Tengo entendido que no se me devolverá la documentación que envíe para demostrar mis ingresos y activos. También comprendo que la información que presento respecto a mis ingresos familiares anuales y el tamaño de la familia están sujetos a verificación de UPMC, incluido, según sea necesario, obtener la información financiera de los empleadores, bancos y otras entidades que indico en esta solicitud. Entiendo que si se determina que la información que he proporcionado es falsa, se puede denegar la aprobación de asistencia financiera y seré responsable de la cantidad total de todos los cargos.

Mi firma autoriza a UPMC para verificar toda la información que proporciono en este formulario. Certifico que la información que precede es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____