

## Información de solicitud de asistencia financiera de UPMC

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 disponibles ya sea una reducción de pagos o atención gratuita.

### Usted puede 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 del área de servicio principal de un 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 Asistencia Financiera por parte de UPMC de este paquete.
  - > Incluya los documentos justificantes que figuran en la lista de verificación.
  - > Tenga en cuenta que debe examinar primero si califica para obtener algún tipo de beneficios del seguro que cubran su atención médica (por ejemplo, compensación laboral, seguro de automóviles y Medical Assistance [Asistencia Médica]). Podemos mostrarle cómo obtener los recursos adecuados para obtenerlos.
  - > Evaluamos sus ingresos y el tamaño de su familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Utilizamos una escala progresiva, 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 debidamente 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 Kane Community Hospital y UPMC Jameson pueden enviar por correo postal la documentación de la solicitud a la siguiente dirección:

#### Kane Community Hospital

4372 Route 6  
Kane, PA 16735

#### UPMC Jameson

Attention: Billing Office 1211 Wilmington Rd.  
New Castle, PA 16105

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, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

## Si tiene ingresos o activo como:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos comerciales
- Ingresos del seguro social
- Pensión o ingresos de jubilación
- Dividendos e intereses
- Rentas y regalías
- Compensación por desempleo
- Ingresos de compensación laboral
- Pensión alimenticia
- 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 penalizaciones

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

- Formularios 1099 del seguro social o cartas de concesión
- Cartas de concesión de desempleo o compensación laboral
- Talonarios de pago de los últimos 3 meses
- Formulario 1040 del IRS más reciente y anexos adecuados
- Si trabaja por cuenta propia, debe incluir una declaración de impuestos completo con el Anexo C y/o el estado de pérdidas y ganancias
- Estados bancarios, cuentas de fondos mutuos, cuentas de mercado de valores, pagos contra reembolso, bonos, etc. (declaraciones de los últimos 3 meses)
- Cartas de apoyo
- Otros ingresos, como fondos en fideicomiso, fundaciones de caridad, etc. (declaraciones de los últimos 3 meses)

## Si no tiene ingresos:

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

## Carta de denegación de Medical Assistance

- Tiene que solicitar Medical Assistance y enviar una copia de la Carta de denegación antes de que podamos aprobar su solicitud.

## Su formulario de solicitud de Asistencia Financiera completo 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.

# Asistencia financiera de UPMC – Formulario de solicitud

|                                   |          |  |  |
|-----------------------------------|----------|--|--|
| Nombre del paciente:              |          |  |  |
| Fecha de nacimiento del paciente: |          | Número del seguro social del paciente: |  |
| Dirección:                        |          | Número de teléfono durante el día:     |  |
| Ciudad:                           | Estado:  |  |  |
| Código postal:                    | Condado: |  |  |
| Número de teléfono alternativo:   |          |  |  |
| 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 TODOS los miembros de su familia, contando a sus dependientes, que se incluyeron en su Formulatio 1040 del IRS más reciente.

| Nombres | Relación con el paciente | Edad |
|---------|--------------------------|------|
|         |                          |      |
|         |                          |      |
|         |                          |      |
|         |                          |      |
|         |                          |      |

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 (consulte la lista de verificación de documentación).

| Ingreso bruto mensual                            | Propio    | Cónyuge y/o otros miembros de la familia |
|--|-----------|--|
| Salarios/empleo por cuenta propia                | \$        | \$                                       |
| Seguridad Social                                 | \$        | \$                                       |
| Pensión o ingresos de retiro                     | \$        | \$                                       |
| Dividendos e intereses                           | \$        | \$                                       |
| Rentas y regalías                                | \$        | \$                                       |
| Desempleo  | \$        | \$                                       |
| Compensación laboral                             | \$        | \$                                       |
| Pensión alimenticia                              | \$        | \$                                       |
| Dinero en efectivo                               | \$        | \$                                       |
| Cuentas bancarias                                | \$        | \$                                       |
| Cuentas de mercado de valores                    | \$        | \$                                       |
| Otros ingresos                                   | \$        | \$                                       |
| <b>Total de ingresos mensuales de la familia</b> | <b>\$</b> | <b>\$</b>                                |

**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 me será devuelta 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: \_\_\_\_\_