

# Información de solicitud de asistencia financiera de UPMC

UPMC ofrece asistencia financiera para la atención médica proporcionada por los centros de UPMC y los médicos afiliados a UPMC a personas y familias elegibles. En función de su necesidad financiera, puede disponer de pagos con descuento o atención gratuita.

## Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera si:

- tiene un seguro de salud limitado o no tiene seguro
- no es elegible para recibir asistencia del gobierno (por ejemplo, Medicare o Medicaid)
- puede demostrar que tiene necesidad financiera
- reside en el área de servicio principal del proveedor de UPMC
- proporciona a UPMC la información necesaria sobre sus finanzas familiares
- tiene facturas médicas por un monto que excede su capacidad de pago, según lo determinen los lineamientos de UPMC

## Acerca del proceso de solicitud

Para solicitar la asistencia financiera de UPMC, siga estos pasos:

- Complete el formulario de solicitud de asistencia financiera de UPMC de este paquete.
  - > Incluya los documentos de respaldo que se enumeran en la lista de verificación.
  - > Tenga en cuenta que primero debe averiguar si es elegible para algún tipo de beneficios de seguro que cubra su atención (por ejemplo, indemnización laboral, seguro de automóvil y Medical Assistance). Podemos mostrarle cómo obtener los recursos adecuados.
  - > Evaluamos sus ingresos, activos y el tamaño de su familia para determinar el nivel de asistencia disponible para usted. Usamos una escala móvil, basada en los lineamientos federales de pobreza.
- Nos comunicaremos con usted para informarle si cumple con los requisitos para recibir la asistencia financiera de UPMC.
- Podemos ayudarlo a establecer un plan de pago para cualquier cargo o factura pendiente que no estén cubiertos por la asistencia financiera de UPMC.

## Cómo presentar la solicitud

Envíe por correo postal el 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 y UPMC Somerset pueden enviar por correo postal el material de la solicitud a la dirección que figura a continuación:

**UPMC Kane**  
4372 Route 6  
Kane, PA 16735  
814-837-8585

**UPMC Somerset**  
Attn: Cashier  
225 S. Center Avenue  
Somerset, PA 15501  
1-814-443-5002

Si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito 1-800-371-8359, opción 2. También hay información adicional disponible en la web en [UPMC.com/PayMyBill](http://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 devolverá ningún documento enviado con la solicitud. Si falta alguno de los documentos, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

## Si tiene ingresos o activos como:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos comerciales
- Ingresos del seguro social
- Ingresos de pensión o jubilación
- Dividendos e intereses
- Rentas y regalías
- Indemnización por desempleo
- Ingresos por indemnización laboral
- Pensión alimenticia y manutención infantil
- Sentencias judiciales
- Efectivo, cuentas bancarias y cuentas de mercado monetario
- Certificados de depósito vencidos, fondos de inversión, bonos u otras inversiones fácilmente convertibles que se puedan cobrar sin multa

## Adjunte los comprobantes de su ingreso familiar, que pueden incluir:

- Formularios 1099 del seguro social o cartas de concesión
- Cartas de concesión por desempleo o indemnización laboral
- Recibo de sueldo 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 o la declaración de pérdidas y ganancias
- Cartas de aval
- Otros ingresos, como fondos fiduciarios, fundaciones de caridad, etc. (estados de cuenta de este mes o el mes pasado)

## Adjunte los comprobantes de sus activos, que pueden incluir:

- Estados de cuenta bancarios, cuentas de fondos de inversión, cuentas de mercado monetario, pagos contra reembolso, bonos, etc. (estados de cuenta de este mes o el mes pasado de todas las cuentas)

## Si no tiene ingresos:

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

## Carta de denegación de Medical Assistance

- Debe presentar una solicitud para Medical Assistance y enviar una copia de la carta de denegación antes de que podamos aprobar su solicitud.

## El formulario de solicitud de asistencia financiera completado y firmado

- Complete todas las partes del formulario que correspondan en su caso. Tenga en cuenta que se debe completar una solicitud por separado para cada paciente individual que solicite asistencia financiera.

# Asistencia financiera de UPMC: formulario de solicitud

Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento del paciente:		Número de seguro social del paciente:	
Dirección:		Número de teléfono para comunicarse 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 fueron prestados por (marque todas las opciones que correspondan):

Hospitales y clínicas de UPMC   
  División de servicios médicos de UPMC   
  Centros oncológicos de UPMC

Si ya recibió una factura, infórmenos su número de cuenta o de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de salud?       Sí     No

¿Presentó una solicitud para Medical Assistance en los últimos 6 meses?  Sí     No

> Si la respuesta es sí, adjunte una copia de la carta de denegación.

**Información del hogar:** enumere a **TODOS** los miembros de su familia, incluidos los dependientes, que figuren en su Formulario 1040 del IRS más reciente. Si un miembro de su familia tiene una factura médica de UPMC por separado que deba ser considerada para recibir asistencia financiera, marque la casilla en "Factura médica de UPMC".

Nombres	Relación con el paciente	Edad	UPMC Factura médica
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Cantidad total de miembros de la familia (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

**Ingreso familiar mensual:** indique los ingresos mensuales suyos y de los otros miembros de la familia. También adjunte copias de los comprobantes de los documentos de sus ingresos y activos (consulte la lista de verificación de la documentación).

Ingreso bruto mensual	Propio	Cónyuge u otros miembros de la familia
Salarios/trabajo autónomo	\$	\$
Seguro social	\$	\$
Ingresos de pensión o jubilación	\$	\$
Dividendos e intereses	\$	\$
Rentas y regalías	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Indemnización laboral	\$	\$
Pensión alimenticia y manutención infantil	\$	\$
Efectivo	\$	\$
Cuentas bancarias	\$	\$
Cuentas de mercado monetario	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
<b>Ingreso familiar total mensual</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 los servicios hospitalarios y médicos) y se mantendrá bajo estricta confidencialidad. Entiendo que no se me devolverán los materiales que envíe para demostrar mis ingresos y activos. Además, comprendo que la información que presente en relación con mi ingreso familiar anual y el tamaño de la familia está sujeta a verificación por parte de UPMC, que incluye, según sea necesario, obtener información financiera de los empleadores, bancos y otras entidades que indique en esta solicitud. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se podrá revertir la aprobación de la asistencia financiera y seré responsable por el monto total de todos los cargos.

Mi firma autoriza a UPMC a verificar toda la información proporcionada en este formulario. Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_