

**UNIVERSITY HEALTHCARE ALLIANCE
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

University HealthCare Alliance (“UHA”) ofrece una variedad de opciones para las personas sin seguro médico o con un seguro insuficiente. Estos incluyen descuentos y planes de pago sin intereses, para los cuáles no es necesario llenar esta solicitud. Pregúntele a un asesor financiero de UHA sobre estas opciones.

Es necesario completar el formulario de solicitud de ayuda financiera para establecer:

- ◆ **Descuentos por necesidad financiera:** *Descuentos a una tasa comparable a la de los contribuyentes del gobierno. Es posible que se excluyan algunos servicios.*
- ◆ **Ayuda financiera total:** *100% de la porción correspondiente al paciente. Es posible que se excluyan algunos servicios.*
- ◆ **Plan de pagos en cuota sin interés:** *Disponible para pacientes que cumplen con los requisitos para obtener descuentos por necesidad financiera.*

Para ser considerado candidato para recibir descuentos por necesidad financiera o ayuda financiera, es necesario completar el formulario y presentar una prueba de sus ingresos. Una vez que recibamos la solicitud completa podremos evaluar si puede recibir ayuda de los programas del estado o del condado. Si no cumple con los requisitos para ninguno de esos programas, entonces determinaremos si es candidato para los descuentos por necesidad financiera o para recibir ayuda financiera por el costo total. Aquellos que cumplan con los requisitos podrían recibir ayuda para el pago de las facturas de los médicos de *University HealthCare Alliance*.

Los descuentos por necesidad financiera y la ayuda financiera total no están disponibles para todos los servicios. La consideración para servicios futuros se basará en la necesidad médica y los costos catastróficos.

La prueba de ingresos incluye:

1. Copia del último recibo de pago de salario
2. Copia de la última declaración de impuestos (tanto para del solicitante como del co-solicitante en caso de ser indicado)

Enviar el formulario complete a:

**University Healthcare Alliance
PO BOX 3062
Hayward, CA 94540-9700**

University HealthCare Alliance (“UHA”) es una fundación médica afiliada a Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA contrata a varios grupos médicos para proporcionar atención médica en las clínicas de UHA. Ni UHA ni Stanford Health Care ni Stanford University emplean a los médicos de las clínicas ni ejercen control sobre los servicios profesionales proporcionados por los grupos médicos.



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Fecha de la Solicitud: _____

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Número de expediente médico
SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)					
Relación con el paciente: paciente__ Cónyuge/pareja doméstica__ Padre/madre__ Otro__, explique: _____					
Estado Civil: Soltero__ Casado/en convivencia doméstica__ Divorciado__ Separado__					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre	Número de seguro social
					Ciudadano Estadounidense Sí__ No__
Fecha de nacimiento		# de dependientes		Edad de los dependientes:	Teléfono principal ()
Dirección:			Ciudad	Estado	Condado
					Zona postal
Empleador actual			Dirección, ciudad, estado		Cargo
Si no está trabajando ¿desde hace cuánto tiempo está desempleado?					
SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (GARANTE)					
Relación con el paciente: paciente__ Cónyuge/pareja doméstica__ Padre/madre__ Otro__, explique: _____					
Apellido:		Nombre:		Inicial del Segundo nombre	Número de seguro social
					Ciudadano Estadounidense Sí__ No__
Fecha de nacimiento		# de dependientes		Edad de los dependientes:	Teléfono principal ()
Dirección:			Ciudad	Estado	Condado
					Zona postal
Empleador Actual			Dirección, ciudad, estado		Cargo
Si no está trabajando ¿desde hace cuánto tiempo está desempleado?					



SECCIÓN 4 – PREGUNTAS SOBRE AYUDA FINANCIERA (responda todo lo que sea relevante para el paciente)

1	¿El paciente solicita ayuda financiera para pagar cuentas por servicios recibidos anteriormente?? De ser así, por favor indique la fecha del último servicio: _____	Si ___ No ___
2	¿El paciente ayuda financiera para pagar cuentas por servicios recibidos en la actualidad o en el futuro? De ser así, describa el tipo de servicios: _____	Si ___ No ___
3	¿El paciente solicita un descuento en sus cuentas de pago?	Si ___ No ___
4	¿El paciente solicita que se le cubra el 100% de sus gastos?	Si ___ No ___
5	¿El paciente tiene seguro médico? De ser así, nombre del seguro médico _____ titular: _____ póliza# _____	Si ___ No ___
	¿El paciente reúne los requisitos para pertenecer a un programa de ayuda médica estatal? Nombre del programa _____ Condado _____ Documento de Identificación del paciente # _____	Si ___ No ___
7	¿El paciente recibe atención por lesiones cubiertas por el seguro de indemnización laboral? Número de reclamo _____ Nombre del liquidador del seguro _____ Teléfono del liquidador del seguro: _____	Si ___ No ___
8	¿El paciente recibe atención por lesiones cubiertas por el seguro de responsabilidad contra terceros, tal como una compañía de seguro automovilístico? Nombre de la Cía. de seguros _____ Número de reclamo _____ Nombre del perito de seguros _____ Teléfono del perito _____	Si ___ No ___

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Fuentes de ingreso mensual	Solicitante	Co-solicitante	Ingreso mensual Conjunto
Ingresos por empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Discapacidad	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia conyugal/hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alquiler de propiedades	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos por inversiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros, explique _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros, explique _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros, explique _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total de ingresos mensuales conjuntos			

SECCIÓN 6 –BIENES (Cuentas Corrientes, cuentas de ahorro, inversiones en mercados financieros, etc.)

Nombre de la institución:	Saldo actual		Nombre de la institución:	Saldo actual

SECCIÓN 7 – TABLA DE INGRESOS Y FAMILIA

Compare su ingreso familiar con el tamaño de su familia en la siguiente tabla. Si su total está por debajo de la suma representada para su tamaño familiar, **no complete la sección 8**



Tamaño familiar	Ingreso familiar mensual	Tamaño familiar	Ingreso familiar mensual
1	\$3,923.00	5	\$ 9,470.00
2	\$ 5,310.00	6	\$ 10,856.67
3	\$ 6,696.67	7	\$ 12,010.00
4	\$ 8,083.33	8	\$13630.00

SECTION 8 – ESTIMADO DE GASTOS FAMILIARES MENSUALES (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Pago de la vivienda /hipoteca	\$	Seguro de salud	\$
Impuestos a la propiedad (no incluidos en la hipoteca)	\$	Tarjetas de crédito	\$
Seguro para propietarios de vivienda	\$	Seguro de automóvil	\$
Cuotas de pago del automóvil	\$	Cuentas médicas pendientes	\$
Servicios Públicos	\$	Enumere otros pagos mensuales	
Alimentos	\$		\$
Teléfono	\$		\$
Gasolina	\$		\$
Pensión alimenticia a menores	\$		\$
Pensión alimenticia al cónyuge	\$		\$
Cuidado infantil	\$		\$
Total de pagos mensuales			

SECCIÓN 9 – INFORMACIÓN Y COMENTARIOS ADICIONALES

SECCIÓN 10 - FIRMA

Certifico que toda la información es verdadera y completa y por medio de la presente autorizo a *University HealthCare Alliance* a solicitar un reporte de crédito o verificar cualquier información que considere necesaria.

Firma del solicitante Fecha

Firma del co-solicitante Fecha



University HealthCare Alliance
Certificación de Asistencia Financiera

Nombre del Paciente:
Número de expediente médico (MRN):

Yo _____ (Garante Responsable) solicito descuento en los cargos facturados. Declaro que mi ingreso familiar anual bruto es de \$_____. Actualmente me encuentro sin seguro o mal asegurado (sin cobertura para ciertos servicios médicos necesarios proporcionados por University Healthcare Alliance).

Tengo entendido que podría solicitar asistencia financiera si quisiera aplicar un descuento mayor al descuento de pacientes sin seguro que se me ha ofrecido hoy.

Firma de Paciente/Garante:
(si no es paciente, favor incluya la relación con el paciente)

Fecha:

Favor adjuntar los siguientes documentos:

- Documentación de ingreso familiar – **liquidación de sueldo reciente** o devolución de renta
- Cobertura de beneficios de salud

Solo uso personal UHA

Para su uso al solicitar descuento vía telefónica.

Nombre del Representante: _____

Firma del Representante: _____

Departamento: _____

____ Sobre la declaración certificada verbalmente por el paciente en

(Fecha y hora)

____ Paciente informado de opciones financieras, incluyendo el programa de asistencia financiera

Notas/Comentarios: _____